

1. DERECHO CIVIL

1.1. Parte general

Autonomía de la voluntad y el propio cuerpo*

Autonomy and the body itself

por

MARÍA ISABEL DE LA IGLESIA MONJE

*Profesora Contratada Doctora Acreditada a Titular de Universidad
Derecho Civil. UCM*

RESUMEN: El respeto a la decisión del paciente de no recibir asistencia médica no supone la adopción de medidas contrarias al ordenamiento jurídico, a los derechos de terceras personas ni a la buena práctica clínica. El ejercicio de autodeterminación del paciente en relación con una intervención sobre el propio cuerpo amparada por la Ley no justifica la imposición obligatoria de la transfusión en contra de su voluntad expresa.

ABSTRACT: *Respect for the patient's decision not to receive medical care does not mean action contrary to the law, the rights of third parties or to good clinical practice. The exercise of self-determination of the patient regarding an intervention over their own bodies covered by the Act does not justify the imposition of mandatory transfusion against his express wishes.*

PALABRAS CLAVE: Autonomía de la voluntad. Negativa a recibir asistencia médica.

KEY WORDS: *Autonomy. Refusal to receive medical care.*

* Este trabajo forma parte de los resultados del Proyecto de Investigación, DER 2011-22469/JURI, subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad, titulado «Negocios jurídicos de familia: la autonomía de la voluntad como cauce de solución de las disfunciones del sistema», dirigido por la Prof.^a Dra. D.^a Cristina DE AMUNATEGUI RODRÍGUEZ, y en el marco del Grupo de Investigación UCM «Derecho de la contratación. Derecho de Daños», de cuyos equipos de investigación formó parte.

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN.—II. CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO INFORMADO.—III. PRUEBA DEL OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO.—IV. FORMA ESCRITA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.—V. CONFRONTACIÓN DEL DERECHO DE LIBERTAD RELIGIOSA CON EL DERECHO A LA VIDA.—VI. AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y CENTROS SANITARIOS.—VII. AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y LA AUTODETERMINACIÓN INFORMATIVA DEL PACIENTE.—VIII. CONCLUSIONES.—IX. BIBLIOGRAFÍA.—X. ÍNDICE DE SENTENCIAS CITADAS POR ORDEN CRONOLÓGICO.—XI. LEGISLACIÓN CITADA.

I. INTRODUCCIÓN

En el presente estudio jurisprudencial pretendemos poner de manifiesto los problemas relativos a la autodeterminación en relación con una intervención sobre el propio cuerpo amparada por la Ley, y expresada clara e inequívocamente por el paciente.

En los casos de negativa a recibir asistencia médica se ven afectados, y en conflicto, derechos fundamentales como a la vida, la integridad física, la libertad de conciencia, la libertad personal, el derecho de decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona, y, en consecuencia, el derecho de autodisposición sobre el propio cuerpo.

Tomamos como referencia el supuesto del respeto a la autonomía de la voluntad de un paciente *testigo de Jehová* que se niega a recibir una *transfusión de sangre* pese a verse comprometida seriamente su vida¹.

Como veremos a lo largo de estas líneas tanto la aceptación de la transfusión como el rechazo al tratamiento deberá constar por escrito, como exige la ley, y la *firma del consentimiento* deberá realizarse de manera que garantice la completa comprensión del paciente o de sus representantes legales de los riesgos que el rechazo de la transfusión comporte, y la autonomía de la decisión de la persona sin coacciones de ningún tipo.

No obstante, y como en cualquier otra intervención médica comprometida hay que atender a la disponibilidad de alternativas a la transfusión de sangre e *informar* suficientemente sobre las mismas, que es lo que se hizo en el caso objeto de comentario².

La doctrina jurisprudencial mantiene que «el respeto a su decisión no supone la adopción de medidas contrarias al ordenamiento jurídico, a los derechos de terceras personas ni a la buena práctica clínica»³.

Vamos a analizar y a examinar la evolución jurisprudencial, pero debemos poner de manifiesto desde estas primeras líneas que la situación específica de paciente, no priva a la persona de poder ejercer sus derechos fundamentales.

De manera, que como ocurre en el caso específico a tratar, el paciente puede adoptar decisiones que afectan al proceso de su salud, que deben ser respetadas por el personal sanitario y el centro (salvo excepciones prevista por la LAP), de manera que la autonomía del paciente se inserta como parte del contenido de los derechos fundamentales y su falta de respeto vulnera el derecho fundamental que está en juego que puede ser el de la libertad religiosa, o el derecho a la intimidad, y además el derecho fundamental a la integridad moral del paciente.

Por eso en el supuesto que vamos a estudiar, el Juez se persona en la clínica específica donde se halla el paciente y comprueba de primera mano su situación,

su negativa a recibir el tratamiento médico en cuestión... garantizando, con ello, de primera mano los derechos fundamentales del paciente con una atención personal y exclusiva garantizada.

II. CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO INFORMADO

La evolución jurisprudencial evidencia una flexibilización y una tendencia clara hacia el respeto a la decisión capaz, libre, voluntaria y consciente de un paciente mayor de edad respecto de cualquier intervención médica corporal, como lo es una transfusión de sangre, línea que ha sido adoptada tanto por 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, como por la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha.

Se incide en ambos textos legales en que cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre y haya sido previamente informada del mismo (art. 8 y 18 respectivamente).

Tras haber sido informado el paciente, este se niega a dar su consentimiento para la realización de la transfusión, por lo que nos hallamos *ante un derecho del paciente que puede ser ejercitado, pero también renunciado*, negándose al tratamiento que se le prescriba por el centro de salud.

El TS ha considerado en algunas sentencias que el *consentimiento informado es un derecho humano fundamental*, lógico es pensar que lo ha sido con el fin de otorgar trascendencia jurídica a la falta del mismo.

El Juez argumenta que el respeto a la decisión adoptada sobre la propia salud del paciente tampoco supone la adopción de medidas contrarias al ordenamiento jurídico, a los derechos de terceras personas y a la buena práctica clínica.

Estamos ante el ejercicio de autodeterminación del paciente en relación con una intervención sobre el propio cuerpo amparada por la Ley, y que no resulta justificado imponer obligatoriamente la transfusión en contra de la clara e inequívoca voluntad por él expresada.

III. PRUEBA DEL OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO

La doctrina jurisprudencial resumida en la STS, Sala Primera, de lo Civil, de 29 de junio de 2008⁴ establece que la información que debe darse al paciente para obtener válidamente su consentimiento, según reiterada jurisprudencia de esta Sala, incluye el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, con sus riesgos y beneficios, pero presenta grados distintos de exigencia según se trate de actos médicos realizados con carácter curativo o se trate de la llamada medicina satisfactiva.

En relación con los actos médicos curativos puede afirmarse con carácter general que no es menester informar detalladamente acerca de aquellos riesgos que no tienen un carácter típico por no producirse con frecuencia ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que tengan carácter excepcional o no revistan una gravedad extraordinaria (SSTS de 28 de diciembre de 1998, 17 de abril de 2007, rec. 1773/2000, y 30 de abril de 2007, rec. 1018/2000).

El artículo 10.1 de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) incluye hoy dentro de la información básica que corresponde al consenti-

miento prestado por escrito las *consecuencias relevantes* o de importancia que la intervención origina con seguridad, los *riesgos* relacionados con las *circunstancias personales o profesionales* del paciente, los *riesgos probables* en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el *tipo de intervención*, y las *contraindicaciones*.

También el artículo 2.3 LAP establece como principio básico el «derecho del paciente o usuario a decidir libremente después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles». Así pues se deduce la necesidad de incluir este aspecto en la información.

Se exige que sea el médico quien pruebe que proporcionó al paciente todas aquellas circunstancias relacionadas con la intervención mientras este se halle bajo su cuidado, pues se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por él, y que integran, además, una de sus obligaciones fundamentales (SSTS 25 de abril de 1994, 16 de octubre de 1998, 10 de noviembre de 1998).

No obstante, en el Auto del Juzgado de Instrucción de 8 de noviembre de 2014 que nos ha servido para iniciar este estudio, se concreta además que:

- El magistrado autor del Auto, Francisco Javier García Ferrández, tuvo en el Hospital de Guadalajara una conversación con el paciente quien le expuso de forma categórica y con detalle tal y como se recogió en el *acta correspondiente*, la decisión meditada, firme e inequívoca de no admitir que se le realice transfusión de sangre y/o hemoderivados alguna pese a la información adecuada que le permitía valorar la situación recibida por los facultativos en el sentido de que su decisión podría causarle la muerte.
- Además, el médico forense adscrito a este juzgado (de Instrucción núm. 4 Guadalajara) emitió un informe señalando que el paciente no sufre deterioro cognitivo alguno y que está en pleno uso de sus facultades cognitivas y volitivas.
- Finalmente, el respeto a su decisión adoptada sobre la propia salud del paciente no supone la adopción de medidas contrarias al ordenamiento jurídico, a los derechos de terceras personas y a la buena práctica clínica.

En resumen, el Juez, tras la ponderación de todas las circunstancias concurrentes en el caso, y especialmente de la clara e inequívoca voluntad expresada por el paciente, quien no sufre deterioro cognitivo alguno y está en pleno uso de sus facultades cognitivas y volitivas, concluye que la decisión del paciente debe respetarse.

Es más, insiste en que le constaba la información adecuada que le permitía valorar la situación recibida por los facultativos en el sentido de que su decisión podría causarle la muerte, y porque no se dan ninguno de los supuestos que la ley establece como excepciones al consentimiento.

IV. FORMA ESCRITA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado integra un procedimiento gradual y básicamente verbal, por lo que la exigencia de forma escrita por parte de la Ley General de Sanidad tiene la finalidad de *garantizar la constancia del consentimiento y de las condiciones en que se ha prestado, pero no puede sustituir a la información verbal*, que es la más relevante para el paciente.

En consonancia con este principio, la jurisprudencia de esta Sala viene declarando que la exigencia de la constancia escrita de la información tiene valor

ad probationem —a los efectos de la prueba— (SSTS de 2 de octubre de 1997, 26 de enero de 1998, 10 de noviembre de 1998; 2 de noviembre de 2000; 2 de julio de 2002) y puede ofrecerse en forma verbal, en función de las circunstancias del caso (SSTS de 2 de noviembre de 2000, 10 de febrero de 2004, 10 de febrero de 2004, rec. 768/1998 y 29 de septiembre de 2005 rec. 189/1999), siempre que quede constancia en la historia clínica del paciente y en la documentación hospitalaria que le afecte (STS de 29 de mayo de 2003), como exige hoy la LAP. La falta de forma escrita no determina por sí, en consecuencia, la invalidez del consentimiento en la información no realizada por escrito, en la forma que previene el artículo 10.5 y 6 LGS.

Esta jurisprudencia es acorde con la seguida por la Sala Tercera de este Tribunal (verbigracia, SSTS, Sala Tercera, de 4 de abril de 2000 y 3 de octubre de 2000), y con la seguida por la Corte de Casación de Francia, Cámara Civil, de 4 de abril de 1995.

V. CONFRONTACIÓN DEL DERECHO DE LIBERTAD RELIGIOSA CON EL DERECHO A LA VIDA

Todos recordamos el caso de hace unos años del menor fallecido como consecuencia de su oposición, por motivos religiosos, a que le realizaran una transfusión de sangre. Los padres se negaron a disuadir a su hijo de la decisión que adoptó, o a autorizar la transfusión, por ser actuaciones contrarias a sus convicciones religiosas. Los padres fueron absueltos del delito de homicidio por el que fueron condenados. Y el Tribunal Constitucional analizó el contenido y límites del derecho a la libertad religiosa, la titularidad del derecho a la libertad religiosa por los menores de edad, y la relevancia de la oposición manifestada por el menor al tratamiento médico prescrito⁵.

También la STC 141/2000 de 29 de mayo de 2000⁶ en su Fundamento Jurídico 5.º indica que «desde la perspectiva del artículo 16 CE los menores de edad son titulares plenos de sus derechos fundamentales, en este caso, de sus derechos a la libertad de creencias y a su integridad moral, sin que el ejercicio de los mismos y la facultad de disponer sobre ellos se abandonen por entero a lo que al respecto puedan decidir aquellos que tengan atribuida su guarda y custodia o, como en este caso, su patria potestad, cuya incidencia sobre el disfrute del menor de sus derechos fundamentales se modulará en función de la madurez del niño y los distintos estadios en que la legislación gradúa su capacidad de obrar (arts. 162.1, 322 y 323 CC o el art. 30 Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común)».

Y concluía que, «sobre los poderes públicos, y muy en especial sobre los órganos judiciales, pesa el deber de velar por que el ejercicio de esas potestades por sus padres o tutores, o por quienes tengan atribuida su protección y defensa, se haga en interés del menor, y no al servicio de otros intereses que, por muy lícitos y respetables que puedan ser, deben postergarse ante el «superior» del niño (TC SS. 215/1994, de 14 de julio; 260/1994, de 3 de octubre; 60/1995, de 17 de marzo; 134/1999, de 15 julio; STEDH de 23 de junio de 1993, caso Hoffmann)»⁷.

El Tribunal Supremo, Sala Primera, en sus sentencias 3/2001 de 12 de enero y 447/2001 de 11 de mayo ha manifestado que *el consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental*, precisamente una de las últimas aportaciones realizadas en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a

la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y *consecuencia de la auto-disposición sobre el propio cuerpo*.

Pero obviamente no se trata de un derecho ilimitado. Los límites se reconocen en el mismo instrumento que consagra a nivel internacional este y otros derechos en el ámbito sanitario, el Convenio suscrito en Oviedo el día 4 de abril de 1997, relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (ratificado por España en 1999 y en vigor desde el día 1 de enero de 2000).

Su texto, tras proclamar la regla general sobre el consentimiento informado en el artículo 5, establece ciertas excepciones en razón de la protección de los menores de edad y de quienes carecen de capacidad para expresarlo (arts. 6 y 7), o en razón de la necesidad derivada de situaciones de urgencia y el respeto a los deseos expresados con anterioridad por el paciente (arts. 8 y 9), y señala también otras posibles restricciones al ejercicio de estos derechos siempre que estén previstas por la ley y constituyan medidas necesarias en una sociedad democrática, fundadas entre otras razones, en la protección de la salud pública o de los derechos y libertades de las demás personas (art. 26).

VI. AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y CENTROS SANITARIOS

La LAP delega la competencia para decidir sobre los aspectos cruciales que afectan a la salud al paciente, en base al principio del consentimiento informado.

Esto supone no solo que se otorga un reconocimiento muy importante a la autonomía personal del paciente, sino que si la opción del paciente es ser tratado en un determinado centro sanitario, especialmente de los que integran el sistema público de salud, entonces podrá encontrarse con problemas de aplicación de un *protocolo de actuación sanitaria perfectamente definido* y necesariamente garante de su salud del que formen parte las transfusiones sanguíneas como medio de evitar la muerte en determinadas ocasiones.

Los médicos al tener que asumir el indicado protocolo de actuación se encuentran ante la encrucijada y la dificultad de mantener una actitud pasiva que pueda desembocar en el fallecimiento del paciente que no acepta la transfusión. De ahí, precisamente que la LAP haya previsto para estos casos la posibilidad del alta voluntaria, pudiéndose disponer el alta forzosa si la misma no fuera aceptada por el paciente, a excepción de situaciones en que existan tratamientos alternativos, aún de carácter paliativo, pudiendo llegar, en los casos de negativa persistente al alta, a someter la cuestión a la autoridad judicial para que confirme o revoque la decisión.

Uno de los principios generales de la LAP es la dignidad de la persona y el respeto a sus valores morales y culturales, así como a sus convicciones religiosas y filosóficas, la ponderación final de todas las circunstancias concurrentes en el caso que nos ocupa conduce a la conclusión de que la decisión del paciente de no prestar su consentimiento a la intervención médica, a la transfusión de sangre y/o hemoderivados, debe respetarse, no hallándonos ante ninguno de los supuestos que la ley establece como excepciones al consentimiento, como son la situaciones en que exista riesgo para la salud pública y las de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo en que no resulte posible conseguir la autorización de este o de sus familiares, las cuales no concurren en el presente supuesto.

VII. AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y LA AUTODETERMINACIÓN INFORMATIVA DEL PACIENTE

El derecho a la autonomía de la voluntad del paciente está también íntimamente relacionado con su derecho a la intimidad y a la protección de datos. Sus datos sanitarios, su consentimiento o ausencia del mismo, pertenecen al ámbito de su intimidad y solo pueden ser revelados por su propia iniciativa. El uso indebido de esos datos va contra el artículo 18 CE.

El contenido de este derecho a la intimidad es una *facultad negativa* o de exclusión que impone a terceros el deber de abstención de intromisiones salvo que estén fundadas en una previsión legal que tenga una justificación social (STC 70/2009)⁸.

La mencionada STC incide en que dentro del derecho a la intimidad del artículo 18.1 CE se comprende la información relativa a la salud física o psíquica de una persona, en la medida en que los datos que a la salud se refieren constituyen un elemento importante de su vida privada.

También el TEDH ha señalado el carácter confidencial de la información sobre la salud, como principio esencial del sistema jurídico de todos los Estados parte de la Convención (10 de octubre de 2006)⁹.

VIII. CONCLUSIONES

I. En la evolución jurisprudencial expuesta se comprueba la flexibilización hacia el respeto a la decisión capaz, libre, voluntaria y consciente de un paciente mayor de edad respecto de cualquier intervención médica corporal, como lo es una transfusión de sangre.

II. Línea jurisprudencial ha sido recogida y plasmada en 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, y específicamente en la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha (capítulo III: derechos relativos a la autonomía de la voluntad).

En ambos textos legales se señala que cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su *consentimiento específico y libre* y haya sido *previamente informada* del mismo (arts. 8 y 18 respectivamente).

III. Estamos ante un derecho del paciente que *puede ser ejercitado pero también renunciado*, negándose al tratamiento prescrito.

IV. El TS ha considerado que el consentimiento informado es un derecho humano fundamental (SSTS de 11 de noviembre de 2001 y 12 de enero de 2001), de lo que se deduce que la finalidad del mismo también implica otorgar trascendencia jurídica a la falta del consentimiento.

IX. BIBLIOGRAFÍA

XIOL RÍOS, J. A., y BASTIDA FREIJEDO, F. (2012). *Autonomía del paciente, responsabilidad patrimonial y derechos fundamentales*. Fundación Coloquio Jurídico Europeo. Madrid.

X. ÍNDICE DE SENTENCIAS CITADAS POR ORDEN CRONOLÓGICO

- STEDH, Sección 2.^a, Sentencia de 10 de octubre de 2006. Núm. de Recurso: 7508/2002. *La Ley* 2006/154880.
- STC, Sala Primera, Sentencia 70/2009 de 23 de marzo de 2009, rec. 2826/2004. Ponente: María Emilia CASAS BAAMONDE. Núm. de Sentencia: 70/2009. *La Ley* 2009/14334.
- STC, Sala Segunda, Sentencia 141/2000 de 29 de mayo de 2000, rec. 4233/1996. Ponente: Tomás VIVES ANTÓN. Núm. de Sentencia: 141/2000. *La Ley* 2000/8805.
- STC, Pleno, 154/2002 de 18 de julio de 2002, rec. 3468/1997. Ponente: Pablo Manuel CACHÓN VILLAR. Núm. de Sentencia: 154/2002. *La Ley* 2002/6237. ATC 369/1984, de 20 de julio.
- STC, Sala Segunda, 166/1996 de 28 de octubre de 1996, rec. 3164/199. Ponente: Fernando GARCÍA-MON Y GONZÁLEZ REGUERAR. Núm. de Sentencia: 166/1996. *La Ley* 1996/10772.
- STS, Sala Primera, de lo Civil, de 29 de junio de 2008, rec. 541/2002. Ponente: Juan Antonio XIOL RÍOS. Núm. de Sentencia: 743/2008. *La Ley* 2008/132373.
- Auto del Juzgado de Instrucción Núm. 4, Guadalajara, de 8 de noviembre de 2014. Rec. 366/2014. Ponente: Francisco Javier GARCÍA FERRÁNDEZ, *La Ley* 2014/154962.

XI. LEGISLACIÓN CITADA

- CE.
- Convenio suscrito en Oviedo el día 4 de abril de 1997, relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (ratificado por España en 1999 y en vigor desde el día 1 de enero de 2000).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- 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.
- Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha.

NOTAS

¹ «La doctrina de los Testigos de Jehová tiene la consideración legal de confesión religiosa, con personalidad jurídica propia reconocida en el ordenamiento jurídico español desde su inscripción en 1970 en el Registro de Entidades Religiosas del Ministerio de Justicia (núm. 204-SG/A, 10 de julio de 1970).

La negativa de los miembros de esta confesión a la transfusión de sangre se funda en una interpretación literal de varios pasajes bíblicos según la cual, la prohibición del consumo de sangre no es una simple restricción dietética sino un serio requisito moral aplicable tanto a la vía oral como a la intravenosa o a cualquier otra y se extiende al uso de derivados sanguíneos y sangre que haya sido separada del cuerpo durante un periodo de tiempo. Por ello, son muchos los centros hospitalarios que disponen de formularios específicos de consentimiento informado para pacientes que rechazan la administración de sangre y/o hemoderivados...

Auto del Juzgado de Instrucción núm. 4 Guadalajara, de 8 de noviembre de 2014. Rec. 366/2014. *Diario La Ley*, Núm. 8435, Sección La Sentencia del día, 4 de diciembre de 2014, Año XXXV, Editorial La Ley. *La Ley* 2014/7167.

² El llamado Documento "Sevilla" de consenso sobre alternativas a la transfusión de sangre alogénica (Med. Clin. Barc. 2006), clasifica el grado de recomendación o indicación médica de las alternativas desde «A» (que contaría con estudios controlados) hasta «E» (con estudios no controlados) y termina con la conclusión general de que la mayor parte de las alternativas a la transfusión de sangre alogénica se sustentan en grados de recomendación medios o bajos y que se precisan nuevos estudios controlados.

Con carácter general las alternativas disponibles consisten en la aplicación de sueros sin contenido celular hemático. Su finalidad es básicamente preventiva o se dirige a mejorar el estado general del paciente con carácter previo a una intervención quirúrgica, pero no permiten el restablecimiento del contenido y función celular de la sangre, ni son por ende, tratamiento alternativo real y eficaz para garantizar la vida y la salud en casos de hemorragia severa, sea accidental o de cualquier otra índole.

Por ello, el rechazo de la transfusión de sangre planteará siempre un conflicto de intereses entre el ejercicio de la libertad religiosa y de conciencia del paciente y su vida y salud, ya que tal indicación médica se funda en la necesidad de reposición del contenido y función celular de la sangre que falta o se ha perdido. Auto del Juzgado de Instrucción núm. 4 Guadalajara, de 8 de noviembre de 2014. Rec. 366/2014, *op. cit.*

³ Auto del Juzgado de Instrucción núm. 4 Guadalajara, de 8 de noviembre de 2014. Rec. 366/2014. Ponente: Francisco Javier GARCÍA FERRÁNDEZ, *La Ley* 2014/154962. El Juzgado de Instrucción núm. 4 de Guadalajara analiza el supuesto planteado por el Hospital Universitario de Guadalajara respecto a un paciente —testigo de Jehová— cuya supervivencia está directamente relacionada con la decisión de intervenir médicamente después de sufrir una hematuria con emisión de coágulos, considerando los profesionales que le tratan que una transfusión de sangre es el tratamiento adecuado ante el riesgo vital que presenta, y a la que el mismo se negaba a someterse.

El Juzgado concluye que la decisión del paciente de no prestar su consentimiento a la intervención médica, —a la transfusión de sangre y/o hemoderivados—, debe respetarse. Ello porque le constaba la información adecuada que le permitía valorar la situación recibida por los facultativos en el sentido de que su decisión podría causarle la muerte, y porque no se dan ninguno de los supuestos que la ley establece como excepciones al consentimiento; a saber, las situaciones en que exista riesgo para la salud pública y las de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo en que no resulte posible conseguir la autorización de este o de sus familiares, las cuales no concurren en el presente supuesto.

⁴ STS, Sala Primera, de lo Civil, de 29 de junio de 2008, rec. 541/2002. Ponente: Juan Antonio XIOL RÍOS. Núm. de Sentencia: 743/2008. *La Ley* 2008/132373.

⁵ STC, Pleno, 154/2002 de 18 de julio de 2002, rec. 3468/1997. Ponente: Pablo Manuel CACHÓN VILLAR. Núm. de Sentencia: 154/2002. *La Ley* 2002/6237.

⁶ STC, Sala Segunda, 141/2000 de 29 de mayo de 2000, rec. 4233/1996. Ponente: Tomás VIVES ANTÓN. Núm. de Sentencia: 141/2000. *La Ley* 2000/8805. Vulneración de la libertad ideológica por restricción del régimen de visitas a los hijos en atención a las creencias del padre.

⁷ Aparte de la Sentencia indicada en el texto, el TC se ha pronunciado en otras dos ocasiones en relación con los conflictos a que puede dar lugar la *negativa del paciente*, testigo de Jehová, a recibir una transfusión de sangre. Los dos primeros ilustran el criterio de nuestro intérprete constitucional.

El ATC 369/1984, de 20 de julio, analizó y descartó la eventual responsabilidad penal del juez que autorizó la transfusión de sangre a una mujer de esta religión, ya gravemente enferma que rechazaba la intervención en razón de sus creencias, que había demandado tratamiento alternativo y que finalmente, falleció 4 días después de recibir la transfusión ordenada judicialmente. Se señala expresamente que la intervención judicial estuvo amparada por los artículos 3 y 5 de la Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio de Libertad Religiosa, ya que este derecho, garantizado en el artículo 16 CE tiene como límite la salud de las personas.

Y la STC, Sala Segunda, 166/1996 de 28 de octubre de 1996, rec. 3164/199. Ponente: Fernando GARCÍA-MON Y GONZÁLEZ REGUERAL. Núm. de Sentencia: 166/1996. *La Ley* 1996/10772 (Negativa de los facultativos de la Seguridad Social a realizar una intervención quirúrgica a testigo de Jehová, ante la oposición de este a recibir una transfusión sanguínea) que examinó la exigencia de reintegro de los gastos de una clínica particular realizados por uno de los miembros de esta confesión. Consideró que la realización de una intervención quirúrgica prescindiendo de un remedio cuya utilización pertenece a la *lex artis* del ejercicio de la profesión médica, solo puede decidirse por quienes la ejercen y de acuerdo con las exigencias técnicas del caso, y que las causas ajenas a la medicina, por respetables que sean —como lo eran en este caso—, no pueden interferir o condicionar las exigencias técnicas de la actuación médica.

⁸ STC, Sala Primera, Sentencia 70/2009 de 23 de marzo de 2009, rec. 2826/2004. Ponente: María Emilia CASAS BAAMONDE. Núm. de Sentencia: 70/2009. *La Ley* 2009/14334. Vulneración del derecho a la intimidad de un profesor derivada del empleo de dos informes psiquiátricos privados para fundamentar su jubilación por incapacidad permanente.

⁹ STEDH, Sección 2.^a, Sentencia de 10 de octubre de 2006. Núm. de Recurso: 7508/2002. *La Ley* 2006/154880. Caso L. L. contra Francia. Difusión en un litigio de divorcio del acta de una intervención quirúrgica sin consentimiento del interesado. La esposa hace pública la extirpación del bazo para establecer una correlación entre el carácter violento de su marido y su alcoholismo patológico y así obtener el divorcio por culpa exclusiva del recurrente. El Tribunal considera que esta información no fue determinante y que los jueces nacionales habrían podido excluirla llegando a la misma conclusión. Los hábitos alcohólicos del marido y los certificados médicos que acreditaban las violencias sufridas por la esposa probaron suficientemente las violaciones graves y reiteradas de los deberes y obligaciones del matrimonio que hacían intolerable el mantenimiento de la vida común. Violación del artículo 8 del Convenio.