

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autora: Liliana Cohen

EL ROL DEL MÉDICO FRENTE A PACIENTES TESTIGOS DE JEHOVÁ, EMBARAZADAS Y PADRES CON HIJOS MENORES DE EDAD QUE EN ESTADO CRÍTICO SE NIEGAN A RECIBIR TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS

2017

Citar como: Cohen, L. (2017). El rol del médico frente a pacientes Testigos de Jehová, embarazadas y padres con hijos menores de edad que en estado crítico se niegan a recibir transfusiones sanguíneas.[Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

INTRODUCCION.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	11
DESARROLLO.....	13
1. Fundamentos de los Testigos de Jehová.....	13
1. 1 Desde el aspecto médico.....	15
1.1.1 Del paternalismo médico a la autonomía del paciente.....	17
1.2 Desde el aspecto ético.....	19
1.2.1 Principio de autonomía o respeto de la autonomía.....	20
1.2.2 Principio de la No-maleficencia.....	22
1.2.3 Principio de Beneficencia.....	22
1.2. 4 Principio de Justicia.....	23
1.3 Desde el aspecto legal	24
2. El rol del médico ante el TJ adulto competente.....	26
3. El rol del médico ante la negativa de los adultos TJ a transfundir sangre a los hijos menores de edad.....	30
4. El rol del médico ante la embarazada TJ que rehusa la transfusión sanguínea. Manejo obstétrico.....	34
CONCLUSIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

Resumen,

Los Testigos de Jehová rechazan las transfusiones de sangre por razones religiosas. Este trabajo recorre a través del análisis de tres aspectos, el aspecto ético, el aspecto sociocultural y el aspecto legal, la posición de los TJ respecto a la decisión de rechazar la transfusión sanguínea y el rol del médico ante esta situación.

Para un enfoque adecuado del tema, prestar atención al consentimiento informado, nos permite no sólo desarrollar una mejor atención médica sino también, respetar la autonomía del paciente.

Se analizaron casos nacionales e internacionales que sientan jurisprudencia y toman como relevante respetar la voluntad y las creencias de los pacientes, aún tratándose de decisiones autónomas que no afectan al resto de la sociedad.

El mayor desafío para el médico se observa en la mujer embarazada y el caso de los menores de edad cuyos padres son Testigos de Jehová. En el caso de los menores de edad, la justicia aboga por el derecho a la vida. El dilema más complejo, lo observamos en la mujer embarazada porque tenemos a la vista dos derechos confrontados, el de la autonomía de la madre y el del derecho a la vida del no nato.

El diálogo interdisciplinario, por un lado, y el desarrollo de programas terapéuticos a nivel institucional, por el otro, se constituyen en referentes para lograr una mejor calidad en la medicina transfusional, respetando la autonomía del paciente, el consentimiento informado, la defensa del derecho a la vida del no nato y el fortalecimiento del rol del médico ante esta situación.

Palabras claves: rol del médico, Testigos de Jehová, transfusiones sanguíneas, autonomía del paciente, consentimiento informado, embarazadas, jurisprudencia, Comité de Ética

Abstract

The Jehovah's Witnesses reject blood transfusions due to religious reasons. This document addresses the subject through 3 aspects: the ethic, the sociocultural and the legal one and also the decision of the Jehovah's Witnesses to reject blood transfusions and role of the doctor in this situation.

In order to evaluate this subject in a more adequate way, it is important to pay close attention to the informed consent, which will allow to develop not only a better medical attention, but also to obey the patient's autonomy.

Several national and international cases were evaluated, which set court precedent and highlight the importance of obeying the patient's will and beliefs. Even if these are autonomous decisions which doesn't affect the rest of the society.

The greatest challenge for the doctor concerns the pregnant woman and the minors whose parents are Jehovah's Witnesses. In the case of the second ones, the law intercedes for the right to life. The more complex dilemma is around the pregnant woman, where there are two confronted rights: the mother's autonomy and the right to life of the not born baby.

The interdisciplinary dialogue and the development of therapeutic programs at the institutional level act as referents to achieve a better quality in transfusional medicine. This can be done through the respect of the patient's autonomy, the informed consent, the defense to life of the not born baby and the strengthening of the doctor's position to manage this situation.

Key words: doctors' position, Jehovah' Witnesses, blood transfusions, patient's autonomy, informed consent, pregnant woman, court precedent, Ethics Committee.

Introducción

La Declaración Universal de los derechos del hombre, aprobada en el año 1948, fue un hecho trascendental, ya que protege a los seres humanos de la intervención no autorizada de terceros.

Tradicionalmente la relación médico-paciente ha sido de corte paternalista, en la que los únicos que podían decidir conductas eran los médicos.

A pesar de la irrupción de la Bioética como una disciplina que enfatiza la autonomía, aún hoy a los pacientes, en muchos casos no se les permite elegir el tratamiento que desean, de acuerdo a las posibilidades de su enfermedad, ni rechazar el que consideran inadecuado.

En el caso puntual de los testigos de Jehová, ellos rechazan las transfusiones sanguíneas o de hemoderivados.

“Es debido a razones religiosas, más bien que médicas. Tanto el Antiguo como el Nuevo Testamento nos mandan abstenernos de la sangre (Génesis 9:4; Levítico 17:10; Deuteronomio 12:23; Hechos 15:28, 29). Además, para Dios, la sangre representa la vida (Levítico 17:14). Así que los Testigos obedecemos el mandato bíblico de abstenernos de la sangre por respeto a Dios, quien nos dio la vida.”.

Esta postura se fundamenta en las ideas y convicciones religiosas de esta comunidad, que estudia, interpreta y respeta los mandamientos bíblicos (Génesis 9:3, 4) y se basa, según Lossetti¹, en cuatro afirmaciones:

- Que existe en la Sagrada Escritura la prohibición de comer sangre.
- Que esta prohibición se aplica tanto a ingerirla como a recibirla por las venas.
- Que quienes respetan la vida como un don de Dios no pueden tratar de mantenerse vivos mediante el uso medicinal de la sangre.
- Que la sangre no debe guardarse ni almacenarse, sino que “debe derramarse” para respetar la Ley de Dios

“La sangre es la esencia de lo humano. Es el alma, la vida misma”

En Argentina existe la ley 26.529, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, que fue sancionada en 2009².

En su artículo 2º, el derecho a la autonomía de la voluntad, por el cual "el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud"³.

Asimismo la bioética ha generado amplias discusiones en cuanto al respeto de la autonomía de los pacientes y los médicos, como en el desarrollo de instrumentos que permitan una adecuada relación médico paciente, para evitar o atenuar los conflictos legales derivados de las acciones médicas como también respetar la dignidad de los enfermos.

En este trabajo se abordarán diversas cuestiones éticas y jurídicas en torno al alcance de las obligaciones de los profesionales asistenciales y de la autonomía de un paciente para tomar decisiones con su vida y su salud.

Se realizará un planteo general del rol del médico frente a los pacientes Testigos de Jehová en estado crítico, que rechazan las transfusiones sanguíneas, previo Consentimiento Informado, aún cuando éstas se presentan como la única chance de sobrevivir, y si es posible la objeción de conciencia del médico a rehusarse a asistir a un paciente en estas condiciones. Se presentarán algunos casos y se analizará la jurisprudencia nacional e internacional.

También se plantearán casos más particulares capaces de generar dudas, como son el rol del profesional médico ante los menores de edad cuyos padres se oponen a una terapia transfusional que les puede salvar la vida; y la autonomía de una mujer embarazada TJ a la negativa transfusional frente a los derechos del neonato y la posición del médico.

Planteo del problema

Los Testigos de Jehová (TJ) rechazan las transfusiones de sangre por razones religiosas. Argumentan que la Biblia prohíbe la transfusión de sangre en pasajes como

los siguientes: "Solo carne con su alma —su sangre—no deben comer" (Génesis 9:3, 4); "en tal caso tiene[n]que derramar la sangre de ésta y cubrirla con polvo" (Levítico 17:13, 14), y, a su vez, de "que se abstengan [...] de la fornicación y de lo estrangulado, y de la sangre" (Hechos 15:19, 20).⁴

Aunque estos versículos no están redactados en términos médicos, esta comunidad entiende que en ellos se descarta la transfusión de sangre completa; lo que incluye: glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas y plasma. De allí que frente a ciertas problemáticas -vinculadas a la salud y a las prácticas médicas- solicitan tratamientos donde deba evitarse la transfusión de sangre provenientes de otras personas.

Los mayores interrogantes y problemáticas surgen cuando un paciente que practica esta religión atraviesa una situación de emergencia y, a partir de esto, ¿Cuál sería el procedimiento médico que debe seguirse en los casos donde el paciente con estas características necesiten una transfusión? ¿Cuál debería ser el rol del médico frente a pacientes TJ, embarazadas y padres con hijos menores de edad que en estado crítico se niegan a recibir transfusiones sanguíneas?

El conflicto en torno a la preservación de la vida o la muerte surge entre la jurisprudencia que regula las prácticas médicas, la ética profesional y el respeto por las prácticas culturales de grupos minoritarios. Por su parte, las transfusiones de sangre a este tipo de pacientes y las consecuencias legales pueden derivarse de una decisión que no incluya y satisfaga las necesidades e intereses de ambos actores que forman parte del conflicto (médico y paciente) más aún cuando se presentan casos como el de las mujeres embarazadas que también tienen a su hijo no nato que no puede decidir por sí mismo o los menores de edad.

En el actual contexto globalizado donde se fomenta el reconocimiento y respeto por lo multicultural y, por otro lado, se prioriza el derecho a la vida como un derecho humano fundamental, las controversias radican en diferentes partes del mundo donde se empieza a pensar en la importancia de actuar valorando la diversidad y preservar los derechos inherentes a la persona. Sin duda este tipo de problemáticas aquí planteadas

recién parecen formar parte de un debate al que no se ha llegado a una respuesta única y acabada.

En consecuencia, podemos dar cuenta a los fines del desarrollo de este trabajo, que la problemática de la transfusión de sangre en los TJ implica el análisis de por lo menos tres aspectos: un aspecto ético médico, otro legal y, un tercero, sociocultural que interactúan en una única decisión en un momento específico pero que a fines académicos y de análisis, se procederá a un ver individualmente a cada uno de ellos. Veamos cada uno de ellos:

- **Desde el aspecto ético del profesional médico:** Paternalismo (del latín=padre) implica la actitud propio de un padre (o de una madre). Cuando se afirma que un actor (Estado o persona) es paternalista, se quiere decir que esa persona pretende saber lo que mejor le conviene a un individuo y obra en consecuencia sin permiso de aquel. En nuestra cultura todavía persiste esta idea de paternalismo en el médico. Autores como Dworkin afirman que *lo importante para determinar si existe o no paternalismo justificable, debe buscarse en la definición básica de consentimiento. Si el paciente consiente en que el médico actúe de manera paternalista, dicho paternalismo es justificable*⁵.

Para que exista tal consentimiento, el paciente debe ser competente (capaz) y contar con toda la información relevante y con libertad interior y exterior (ausencia de coerción) para la toma de decisión. Podemos inferir que el consentimiento juega un papel central para justificar el paternalismo. Así como también adquiere especial relevancia el contexto en el que está inserto la toma la decisión. Por un lado está la libertad exterior; en este caso, el médico deberá estar convencido de que la decisión del paciente es autónoma, y no tomada bajo presión de la familia o de su comunidad.

- **Aspecto Legal:** En Argentina existe la ley 26.529 que contempla los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, sancionada en 2009. (op. cit)

En su artículo 2º se manifiesta "el derecho a la autonomía de la voluntad" por el cual "el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen

derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud".(op.cit)

Por su parte, en el artículo 11° se establece claramente que "toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes".

En lo específicamente relacionado a las prácticas religiosas, el Art. 14 de nuestra Constitución Nacional establece el derecho de todos los habitantes de la Nación a profesar libremente su culto (Fallos 265 - 336) y que la defensa de los sentimientos religiosos forma parte del sistema pluralista adoptado por nuestra Constitución en materia de Cultos (Corte Suprema de Justicia de la Nación, Revisión, E.D. 4/8/93, p5, sum.8°, "Bahamondez, Marcelo, s/medida cautelar"; consideración n° 27).

La persona humana viviente es un sujeto de derecho. Sujeto de derecho es aquel del que puede predicarse "proprie dicitur": que es poseedor de un derecho. La vida es una noción abstracta. Los que existen son los "vivientes", es decir, sujetos que realizan la perfección que llamamos "vida".

Cuando se alude al derecho a la vida o se dice que la vida es un derecho, lo que se quiere decir no es que se tenga derecho a que otro me dé o cree la vida, sino lo que significa es, que es derecho a que se me respete la vida. No es una facultad sino una deuda de los demás respecto al que tiene la vida. El derecho a la vida es un derecho natural y surge de su propia naturaleza con referencia al cual solo puede reconocerse⁶.

Si nos preguntamos cuál es el fundamento del derecho a la vida, la respuesta está en que el hombre es persona tanto desde el punto de vista jurídico como ontológico. La vida es un derecho atribuido a la naturaleza del hombre en cuanto persona. Herrera destaca que el fundamento del derecho a la vida no está tanto en la dignidad de la humanidad, de la especie humana, sino en la condición ontológica de la persona.

El derecho a la vida como derecho humano es el tema de trasfondo en la problemática que nos ocupa.

- **Desde el aspecto Sociocultural:** La bioética, en tanto reflexiona sobre problemas concretos que se presentan en el ejercicio de la medicina requiere de principios y reglas morales para la resolución de estos casos. Si bien en principio, se utilizaron conceptos propios de teorías éticas generales y deontológicas o teleológicas; hoy por hoy se enriquecen estos principios a partir de la ética aplicada. La ética aplicada implica indagar en cada actividad y determinar qué principios y valores se han ido generando, y desde ahí dar cuenta que hay valores mínimos socialmente compartidos y racionalmente fundados como el respeto a los derechos humanos que merecen ser tenidos en cuenta.

Para este trabajo tomaremos los cuatro principios de Beauchamp y Childress⁷ y la ética de Ross

1. Principio de autonomía o de respeto por la autonomía.
2. Principio de la No Maleficencia.
3. Principio de Beneficencia.
4. Principio de Justicia.

Estos principios son tipos puros, es decir, si los tomamos por separado pueden entrar en conflicto entre sí, son válidos para nuestro análisis y nos sirven para dar cuenta que cuando algunos de ellos se confrontan, se deberá seguir con el principio que tenga más peso en determinada circunstancia.

La ética de Ross⁸ parte del concepto de conciencia moral, entendiendo a esta como el conjunto de creencias y convicciones a partir de las cuales ciertas clases de actos deben ser realizados y ciertas clases de cosas deben ser instauradas en la medida de lo posible.

Las preguntas que subyacen a este trabajo son las siguientes:

¿Cómo resolver el dilema ético desde el rol médico que siente el deber de salvar la vida y el sistema de creencias de los pacientes TJ que se niegan a ser transfundidos? En el caso de la mujer embarazada, de su propia vida y de la vida del no nato.

¿Cuál es el rol del médico frente a pacientes Testigos de Jehová que en estado crítico rechazan la transfusión sanguínea?

¿Cómo debe proceder el médico frente a embarazadas que deciden por el no nato y frente a padres que rehusan las transfusiones a sus hijos?

A partir de lo expuesto, este trabajo de análisis se compone de los siguientes objetivos:

Objetivos generales y específicos:

Objetivo general:

-Analizar el rol del médico frente a pacientes adultos TJ, en estado crítico y frente a la mujer embarazada y a padres de menores que en situaciones de urgencia se niegan a recibir transfusiones de sangre.

De aquí se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Describir la actuación profesional del médico frente a la autonomía de los padres TJ sobre sus hijos menores de edad y de la embarazada sobre el no nato.
- Indagar acerca de los aspectos bioéticos del rol médico frente a la negativa de los pacientes TJ a la realizarse una transfusión de sangre proveniente de otra persona.
- Exponer los aspectos legales que regulan estos casos.
- Identificar jurisprudencia nacional referida a esta problemática.

Metodología

El tipo de diseño que se utilizará es de tipo **descriptivo**. Se emplearán las siguientes técnicas de recolección y análisis de datos:

- **Análisis documental:** la misma abarca documentación de diversa naturaleza como por ejemplo:

-Documentos de Jurisprudencia Nacional e Internacional.

-Documentos oficiales: normas, leyes, fundamentación, debates parlamentarios, proyectos, propuestas, discursos.

-Documentos privados de carácter público: estatutos, publicaciones, proyectos, solicitudes de organismos privados.

-Prensa escrita (diarios, revistas).

-Literatura científica

Desarrollo

1. Fundamentos de los Testigos de Jehová

Los Testigos de Jehová constituyen un grupo religioso con un importante crecimiento en todo el mundo. Su origen se remonta a principios de 1870 cuando Charles Russell fundó un círculo de estudio de la Biblia en un suburbio de Pittsburg, Pensilvania⁹.

En Argentina según datos de JW. Org las proporciones son las siguientes:

Habitantes: 43.416.755 Evangelizadores: 150.052 Congregaciones: 2.012

Proporción de testigos de Jehová por cantidad de habitantes: 1 por cada 289

Sus fundamentos para rechazar las transfusiones sanguíneas se basan en el mandato explícito de Dios a través de las Escrituras. Quien no acatase la voluntad de Dios no vería cumplida la esperanza de la Resurrección, es decir, perdería el Paraíso, la morada eterna en la tierra ("Los justos poseerán la tierra, y morarán en ella por siempre", Salmo 37:29)(op.cit.).

Si un Testigo de Jehová acepta una transfusión, por su propia acción manifiesta su deseo de no seguir siendo parte de la comunidad ¹⁰.

Esto a su vez significa un importante desligamiento social, de acuerdo al mandato de no tener trato con los que violen la Ley de Dios.

También existe un argumento médico, que para algunos es sólo un distractor. Aducen que no creen en que los supuestos beneficios de la sangre sobrepasen las posibles complicaciones de morbilidad, sobre todo, habiendo alternativas médicas que no encierran esos riesgos¹¹.

Los TJ están usualmente bien informados tanto doctrinaria como también técnicamente para participar en las tomas de decisión sobre su propio tratamiento. Hay quienes sostienen que no es asunto del médico cuestionar sus principios pero proponen que se debe discutir con ellos las consecuencias de la no transfusión en determinadas condiciones. Dentro de esta misma línea de pensamiento sostienen que administrar sangre a un paciente que la rechaza expresamente es éticamente incorrecto (se lo considera un

grave atropello a la autonomía del paciente) y también puede ser ilegal y conducir a un juicio civil y/o penal.

Así, el médico debería decidir si está dispuesto a aceptar estas restricciones en la atención de los TJ y aún así brindarle al paciente un cuidado óptimo o si por el contrario, esto implica para él actuar contra su conciencia. En éste último caso el profesional médico puede hacer uso de su derecho y negarse a atenderlo, siempre y cuando tenga la posibilidad de que otro profesional se ocupe del paciente.

Los TJ han provisto respuestas a los problemas planteados por el rechazo de este tratamiento:

Con el aporte de profesionales han conseguido crear tratamientos alternativos que hacen posible muchas veces desechar las transfusiones con mínimo riesgo vital.

¿Porqué, entonces siguen surgiendo interrogantes? Por qué se apresuran algunos médicos y hospitales a conseguir una orden de tribunal competente para realizar transfusiones de sangre? ¿La norma todavía no es clara? ¿Qué le sucede al médico en función de su conciencia moral? Y, ante casos de urgencia?

Una de las razones es el temor a tener conflictos que involucren al médico o al hospital en juicios por mala praxis. Y los TJ responden:

Con espíritu de cooperación los testigos de Jehová ofrecen seguridad jurídica de que un médico o un hospital no incurrirá en responsabilidad civil al suministrar el tratamiento sin sangre que se le solicita. Siguiendo la recomendación de peritos médicos, *cada Testigo lleva una tarjeta que es un Documento Médico. Esta se renueva anualmente y está firmada por el portador y por testigos, que con frecuencia son sus parientes más cercanos.*

En realidad la atención médica sin sangre puede significar menos riesgo. Pero el punto que se hace resaltar aquí es que con gusto los pacientes Testigos libran al personal médico de toda preocupación innecesaria, para que este pueda seguir adelante con lo que se ha comprometido a hacer, es decir, ayudar a la gente a recuperarse.

También disponen de una hoja de consentimiento informado que han preparado de acuerdo a sus creencias (para ser insertada en la Historia Clínica), y una tarjeta identificatoria acerca de su negativa (que deben portar firmada), para casos de urgencia

en que su estado de conciencia no permita expresar inequívocamente su voluntad. Ambas constituyen además Directivas Anticipadas del rechazo de transfusión que liberan al médico del temor de ser acusado de mala praxis. Asimismo tienen un Comité de Enlace para los Hospitales, disponible para la consulta y la cooperación con el equipo tratante en la medida de sus posibilidades. Su objetivo es en general el de ayudar a resolver los problemas puntuales que se presenten en la práctica, facilitando el acercamiento de las posiciones, aventando dudas y temores médico legales, proveyendo soluciones operativas, etc.

Por este motivo nos abocaremos a los casos críticos de riesgo de muerte, en los que sólo la transfusión sanguínea o de hemoderivados puede salvar la vida.

Podemos observar que en el actual contexto globalizado y multicultural, en diferentes partes del mundo se empieza a pensar en la importancia de actuar valorando la diversidad y a resolver los conflictos interculturales dentro de un marco que todavía se está construyendo. Es así, como entran en conflicto con la cultura hegemónica actores que se hacen visibles a partir de requerimientos que nos instan a tomar decisiones que incluyan nuevos enfoques, que pueden aparecer contradictorios pero a la vez nos abren nuevas posibilidades de acción.

Por lo tanto, podemos dar cuenta a los fines del desarrollo de nuestro trabajo, que la problemática de la transfusión de sangre en los TJ implica el análisis de por lo menos tres aspectos: un aspecto médico, otro legal y un tercero, ético que se analizarán por separado pero que en la práctica suelen estar imbrincados entre sí.

1. 1 Desde el aspecto médico:

El médico enfrentado a un paciente -en este especial caso un Testigo de Jehová- que se niega a aceptar una transfusión de algún componente sanguíneo, va a estar en una situación difícil y apremiante. Podemos describir esa situación de la siguiente manera: el paciente puede estar gravemente enfermo y el médico, sabiendo que es Testigo de Jehová, ha agotado ya todos los recursos de que dispone para evitar una transfusión, pero

llega al convencimiento último de que si no la indica el paciente tiene una razonable perspectiva de perder la vida.

En primer lugar el médico, enfrentado a una decisión para un paciente, lo único que no delibera, es no intentar curarlo. Ya lo dijo Aristóteles:

"Por lo demás, no deliberamos en general sobre el fin que nos proponemos, sino más bien sobre los medios que deben conducirnos a él. Así, el médico no delibera para saber si debe curar a sus enfermos ..." ¹².

El médico tiene claro cual es su fin. Toda su formación y todo lo que ha seguido aprendiendo es cómo lograr sanar más eficientemente a sus pacientes. Saber que puede sanarlo y que se lo intenten impedir atenta contra una disposición que tiene arraigada profundamente.

En segundo lugar, lo que el médico considera antes de decidir la terapéutica, es si el efecto que busca con esa intervención supera los probables efectos negativos o no deseados de esa acción. En la situación descrita, está suficientemente claro para el médico que el beneficio de la transfusión supera largamente los efectos adversos de dicha acción.

En tercer lugar, el médico antes de decidir una conducta, también delibera acerca de si lo que necesita para curar a su paciente son elementos que razonablemente tiene a su alcance, y salvo algunos derivados sanguíneos específicos, las transfusiones sí están al alcance de todos los hospitales y a un costo bastante módico¹³.

La relación asistencial apunta al logro de un fin: la protección y el cuidado de la salud. 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 derecho¹⁴

1.1.1 Del paternalismo médico a la autonomía del paciente

Paternalismo (del latín=padre) implica la actitud propia de un padre (o de una madre). Cuando se afirma que un médico, en este caso, -también aplica a otros actores (Estado, otra persona)- es paternalista, se quiere decir que esa persona pretende saber lo que mejor le conviene a un individuo y obra en consecuencia sin permiso de aquel. En nuestra cultura todavía persiste esta idea de paternalismo en el médico. Autores como Dworkin afirman que *lo importante para determinar si existe o no paternalismo justificable, debe buscarse en la definición básica de consentimiento. Si el paciente consiente en que el médico actúe de manera paternalista, dicho paternalismo es justificable.* (Dworkin, op. cit.)

Para que existe consentimiento el paciente debe ser competente (capaz) y contar con toda la información relevante y con libertad interior y exterior (ausencia de coerción) para tomar la decisión. Podemos inferir que el consentimiento juega un papel central para justificar el paternalismo. Así como también adquiere especial relevancia el contexto en donde se toma la decisión, la libertad exterior: el médico deberá estar convencido de que la decisión del paciente es autónoma, y no tomada bajo presión de la familia o de su comunidad.

El paternalismo ha sido el modelo predominante a lo largo de la historia de la relación médico paciente. El paternalismo 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, 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. (Seoane op. cit)

El principio de autonomía o de respeto de la autonomía del paciente supone la capacidad de las personas de decidir o, desde la perspectiva del Derecho penal, de consentir reflexiva e independientemente sobre la aceptación o rechazo de intervenciones médicas

que afecten su integridad corporal o salud, sin verse sujetas a controles o influjos externos diversos de la voluntad del paciente mismo¹⁵.

En el contexto del testigo de Jehová que se niega a la transfusión es preciso distinguir dos supuestos distintos según cuál sea el resultado de la decisión del paciente sobre su salud. En primer lugar, si el resultado que pueda ocasionar esta decisión de colocarse en una evidente situación de peligro al negarse a la transfusión no comporta riesgo o peligro para la propia vida. En segundo lugar, si esta decisión del testigo supusiera un riesgo para la vida, es decir, si la vida del enfermo o paciente está en un grave peligro y la transfusión es el único remedio para preservarla. En el primer caso, hay un consenso amplio en considerar que sería en exclusiva responsabilidad del testigo de Jehová las consecuencias que sobre su salud pudieran ocasionarse por el rechazo a la transfusión. Tal decisión sería manifestación de su capacidad de autogobierno amparada legalmente. La determinación de las responsabilidades en el segundo caso ha generado más discusión. En el pasado, el médico tenía la obligación de llevar a cabo la transfusión, aún cuando fuese en contra de la voluntad manifestada por el paciente. Así, en el caso de conflicto entre la libertad religiosa y el derecho a la vida, triunfaría, según esa línea jurisprudencial, el segundo, ya que tiene preeminencia absoluta el derecho a la vida, por ser el centro y principio de todos los demás derechos. Así pues, la protección de la vida es fundamento justificatorio para la interferencia médica en la voluntad del paciente. Si el médico no llevara a cabo la transfusión podría incurrir en un delito de cooperación pasiva al suicidio o de omisión del deber de socorro.

Sin embargo, este modelo de relación médico-paciente así como la preferencia del derecho a la vida frente a la autonomía está cuestionado y hay señales de que puede ser sustituido por el basado en la primacía de la autonomía del paciente a la hora de decidir sobre su salud. Ahora se le reconoce a éste, en términos generales, la facultad de decisión última sobre su salud, salvo contadas excepciones¹⁶.

Este conflicto merece ser analizado desde el aspecto ético e indagar acerca de los principales referentes de la bioética en tanto ética aplicada.

1.2 Desde el aspecto ético: La bioética, en tanto reflexiona sobre problemas concretos que se presentan en el ejercicio de la medicina requiere de principios y reglas morales para la resolución de estos casos. Si bien en principio, se utilizaron conceptos propios de teorías éticas generales y deontológicas o teleológicas; hoy por hoy se enriquecen estos principios a partir de la ética aplicada. La ética aplicada implica indagar en cada actividad y determinar qué principios y valores se han ido generando, y desde ahí dar cuenta que hay valores mínimos socialmente compartidos y racionalmente fundados como el respeto a los derechos humanos que merecen ser tenidos en cuenta.

Para nuestro trabajo tomaremos la ética de Ross y los cuatro principios de Beauchamp y Childress (op.cit).

La ética de Ross parte del concepto de conciencia moral, entendiendo a esta como el conjunto de creencias y convicciones a partir de las cuales ciertas clases de actos deben ser realizados y ciertas clases de cosas deben ser instauradas en la medida de lo posible (op.cit).

Para Ross una acción es correcta cuando está motivada por el deber,- igual que para Kant- y existen obligaciones que deben ser respetadas. Y distingue obligaciones *prima facie* y obligaciones reales. Entre las obligaciones *prima facie* están la fidelidad, la beneficencia, la gratitud y la reparación. Mientras que en las obligaciones reales que son las que deben seguirse en situaciones específicas luego de evaluar las circunstancias y los principios involucrados en cada caso particular.

El aporte de Ross que le interesa a la bioética es cuando describe las obligaciones de autoperfección: justicia, beneficencia y no maleficencia. Al respecto dice que si los principios de beneficencia y de no maleficencia entran en conflicto, este último tiene primacía sobre el primero.

Por lo tanto, debemos examinar cuidadosamente cada situación antes de formarnos una opinión acerca de cuál principio va primero.

En *Principles of Biomedical Ethics*, Tom L. Beauchamp y James F. Childress, formulan sus principios tomando de Ross el concepto básico de su ética: que los principios tienen su origen en las obligaciones morales que reconocen las personas comunes.

Al igual que Ross, Tom L. Beauchamp y James F. Childress parten de la existencia de principios *prima facie*, pero se alejan de aquellos al no otorgar jerarquía ni prioridad a ninguno de los principios.

2. Principio de autonomía o de respeto por la autonomía.
3. Principio de la No Maleficencia.
4. Principio de Beneficencia.
5. Principio de Justicia.

Estos principios son tipos puros, es decir, si los tomamos por separado pueden entrar en conflicto entre sí, son válidos para nuestro análisis, y nos sirven para dar cuenta que cuando algunos de estos principios entra en conflicto entre sí se deberá seguir con el principio que tenga más peso en determinada circunstancia.

El principialismo defiende que existen algunos principios generales descubiertos en el ámbito de la ética biomédica y que deben ser respetados cuando se plantean conflictos éticos en la investigación o en la práctica clínica¹⁷.

1.2.1 Principio de autonomía o respeto de la autonomía. La palabra «autonomía» proviene del griego y significa «autogobierno». Según afirman estos autores, todas las teorías de la autonomía están de acuerdo en dos condiciones esenciales:

- a) la *libertad*, entendida como la independencia de influencias que controlen, y
- b) la *agencia*, es decir, la capacidad para la acción intencional.(Beauchamp, 121)

Una acción es autónoma cuando el que actúa lo hace a) intencionadamente, b) con comprensión y c) sin influencias controladoras que determinen su acción.

La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones.

¿Cuáles son exactamente los derechos o valores involucrados en el caso de TJ adulto y cómo es que los mismos entran en conflicto? Y si se tratare de menores de edad o de mujer embarazada?

El derecho de tomar una decisión autónoma por parte del paciente TJ adulto entra en conflicto con el derecho que se atribuye el médico que lo está tratando: el derecho profesional que implica el desarrollo de su rol en tanto médico, el deber de hacer lo que exige la práctica correcta de la medicina. Se podría defender el derecho de los TJ de rechazar las transfusiones de sangre apelando a la autonomía del paciente en tanto persona desde el punto de vista moral solamente, dejando de lado la libertad de culto.

Asimismo, el rol médico parece entrar en conflicto a partir de dos cuestiones, por un lado la libertad religiosa del paciente TJ y su autonomía en tanto persona que decide acerca de su vida y su muerte y por el otro el factor cultural de carácter ético de asignarle valor a la vida humana en tanto deber de preservarla.

En el caso de la mujer embarazada, puede ser que la madre requiera transfusión, si por ejemplo tuvo un accidente y presenta un shock hipovolémico, caso en el que sufriría riesgo de muerte tanto la madre como el feto, en situación de rechazar la transfusión, o podría ser que la madre no requiera transfusión sanguínea pero si el hijo, por patología propia, como podría ser una incompatibilidad inmunohematológica por Rh o enfermedad hemolítica perinatal. En este caso, también la madre rechazaría la transfusión, tomando decisiones sobre el tutorado. El manejo actual del feto a través del cuidado perinatólogico permite a través de la cordocentesis²⁴ después de las 20 semanas gestacionales certificar un hematocrito fetal menor de 25%, lo cual es un indicador de transfusión intravascular directa. El riesgo de muerte fetal debida al procedimiento fue 0.48%, lo cual indica que es un procedimiento seguro para el feto. Así es que la transfusión intrauterina, intraperitoneal

o intravascular es un procedimiento adecuado, el problema es la negativa de la paciente a que su hijo sea trasfundido.

Ante esta disyuntiva surge la pregunta: ¿Existe un derecho absoluto de la madre sobre la vida de su hijo?

1.2.2 Principio de la No-maleficencia

El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica *primum non nocere* («lo primero no dañar»).

Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta.

Beauchamp y Childress en el diseño del principio de no-maleficencia se concentran en «los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses» (Beuchamp 193)

1.2.3 Principio de Beneficencia

Si la no-maleficencia consiste en no causar daño a otros, la beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Mientras que la no-maleficencia implica la ausencia de acción, la beneficencia incluye siempre la acción. Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de beneficencia: la beneficencia positiva y la utilidad. La *beneficencia positiva* requiere la provisión de beneficios. La *utilidad* requiere un balance entre los beneficios y los daños.

Pero cuando Beauchamp y Childress hablan del *principio de beneficencia* . no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino sólo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina. Según estos autores, antes de realizar un

tratamiento sobre un paciente, estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos.

Cuando la beneficencia se practica sin considerar la opinión del paciente, se incurre en el *paternalismo*.

1.2.4 Principio de Justicia

Las desigualdades en el acceso al cuidado de la salud y el incremento de los costes de estos cuidados han ocasionado en el ámbito de la sanidad el debate sobre la justicia social. Beauchamp y Childress entienden que la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona

Los problemas de la justicia distributiva aumentan bajo condiciones de escasez y competición. Se han propuesto varios criterios de distribución:

- a) a cada persona una participación igual,
- b) a cada persona de acuerdo con sus necesidades individuales,
- c) a cada persona de acuerdo a sus esfuerzos individuales,
- d) a cada persona de acuerdo a su contribución social, y
- e) a cada persona de acuerdo con sus méritos.

Sobre el principio de justicia en ética biomédica un autor especialmente relevante es Norman Daniels¹⁸. Daniels nos dice que existe un conflicto de intereses entre los que precisan servicios de salud y los que soportan sus gastos, pero se piensa que los cuidados de la salud deben distribuirse más igualitariamente que otros bienes. Daniels se pregunta qué tiene de especial el cuidado de la salud. Por eso hay que examinar las implicancias que se siguen para las instituciones sanitarias, pues han de reformarse si no son capaces

de garantizar esa igualdad de oportunidades, que viene potenciada por el acceso igualitario a los cuidados de la salud.

Al concentrarse en la moralidad, la teoría ética intenta clarificar temas, ubicarlos en el contexto adecuado, analizarlos críticamente y proveer una guía de comportamiento. No se pretende que sólo la teoría sea suficiente para resolver problemas de ética médica pero su comprensión es importante a los fines de entrar en diálogo con las partes involucradas a partir de una mirada más amplia como es la ética aplicada.

1.3 Desde el aspecto legal

El Código de Ética de la Confederación Médica Argentina, elaborado en el año 1964, y modificado en el 2008 en su Capítulo III titulado "Relación del médico con los pacientes" y en el art. 20 establece: "El profesional debe respetar las creencias religiosas de sus clientes y no oponerse al cumplimiento de los preceptos religiosos siempre que esto no redunde en perjuicio de su estado"²¹. Es evidente que las normas legales respetan y protegen la libertad de conciencia y el derecho de todo individuo a negarse a hacer lo que no obliga lo obliga a hacer la ley. Por lo tanto, no se puede obligar a un paciente TJ que esté lúcido y con el juicio crítico conservado a ser transfundido.

En Argentina existe la ley 26.529, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, que fue sancionada en 2009 (op.cit).

En su artículo 2º, el derecho a la autonomía de la voluntad, por el cual "el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud".

En el artículo 11º se establece claramente: "Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su

salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes".

Por su parte, al interpretar al art. 14 de la C.Nac. estableció que la norma asegura el derecho de todos los habitantes de la Nación a profesar libremente su culto (Fallos 265 - 336) y que la defensa de los sentimientos religiosos forma parte del sistema pluralista adoptado por nuestra Constitución en materia de Cultos (Corte Suprema de Justicia de la Nación, Revisión, E.D. 4/8/93, p5 , sum.8º, "Bahamondez, Marcelo, s/medida cautelar"; consideración nº 27).

En relación a profesar libremente su culto: La libertad de religión se refiere a dos aspectos. 1) Libertad de conciencia y 2) Libertad de cultos.

La libertad de conciencia como acto de fe o convicción, es un asunto de intimidad espiritual de carácter absoluto ya que se encuentra fuera del alcance de toda reglamentación.

La libertad de cultos en cambio, consiste en el derecho a practicar sin trabas, tanto en el ámbito de lo público como en el privado, individual o colectivamente, actos y cremonias que manifiesten al exterior, la religión.

El art. 19 CN dice: "Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe". Este concepto de libertad se podría interpretar como la facultad que tiene todo ser humano de desenvolverse, ejercitando sus derechos de un modo conciente y autónomo dentro y bajo la garantía de la ley.

Este concepto de libertad reconoce al ser humano como sujeto y está orientado no solo a la libertad de restricciones, la libertad de hacer, sino también a la libertad como facultad de reclamar y exigir que el Estado cree y proporcione al individuo las condiciones adecuadas para su plena realización.

La no obligatoriedad del sometimiento a un tratamiento implica que no hay deber a conservar la salud o la propia vida ya que la ley no limita que el derecho a negarse finalice con la gravedad de la situación que conlleve peligro de perder la vida. Como excepción, el único supuesto en el que existe la obligación de someterse a un tratamiento prescrito, son las "razones sanitarias establecidas por la ley", las que derivan de la Salud Pública, como por ejemplo las vacunaciones.

Además, la ley 17132 del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades afines en su art. 19 inciso 19 establece: Los profesionales que ejerzan la medicina están sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes obligados a respetar la negativa del paciente en cuanto esta negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconciencia, alienación mental, los lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconciencia o la alienación o la gravedad del estado del paciente. En los casos de incapacidad los profesionales requerirán la conformidad del representante legal del incapaz¹⁹.

2. El rol del médico ante el TJ adulto competente

De todo lo expuesto anteriormente se desprende que el médico se enfrenta a un desafío especial al tratar al paciente testigo de Jehová.

Como vemos en este breve análisis sobre la dinámica de la decisión médica, el rechazo por parte de un paciente de una medida terapéutica fácil de implementar, de bajo costo, con claro beneficio para su salud y conservación de su vida, moviliza profundamente la vocación y el "ethos" profesional médico. Esto explica con creces la resistencia que la petición de este grupo religioso ha provocado siempre en el ámbito de la Medicina al margen, como ya lo decíamos, del reconocimiento que se les tiene por sus aportes científicos y técnicos en el manejo no transfusional de pacientes críticos. (Besio, op.cit)

En la Argentina, en el año 1993 el Ministerio de Salud y Acción Social elaboró una resolución que obligaba a los hospitales de autogestión a crear comités de Ética Hospitalaria como parte del programa nacional de garantía de calidad de atención médica

(Argentina). Actualmente existe la ley nacional 24742, sancionada el 27 de noviembre de 1996, la cual ordena que en todo hospital del sistema público de salud y de seguridad social, en la medida que su complejidad lo permita, deberá existir un Comité Hospitalario de Ética, que cumplirá funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto de aquellas cuestiones éticas que surgen de la práctica de la medicina hospitalaria²⁰.

El Comité se muestra partidario siempre, pero sobre todo cuando el riesgo de vida sea evidente, de dialogar de forma constante y sostenida con el paciente Testigo de Jehová, libre de presiones externas, con objeto de asegurarnos de:

1º.- Que está plenamente informado de su enfermedad, de su tratamiento, de las alternativas y de las consecuencias que pueden preverse de seguir dichas alternativas.

2º.- Que está capacitado y es plenamente consciente de la decisión que va a tomar, por ser auténtica y coherente con su vida y su forma de pensar.

Por ello, en el contexto de una relación clínica respetuosa y completa, el Comité es partidario de respetar la decisión del paciente Testigo de Jehová, como muestra del respeto al derecho de decidir cada uno sobre su vida y su salud, aunque de su elección se derive la pérdida de ellas.

En función del rol que le compete al médico, en un contexto que empieza a valorar la diversidad y apunta a una comunicación más horizontal, podemos inferir que él mismo debe garantizar que se cumplan con los siguientes ítems:

-El paciente debe ser informado de la naturaleza de su enfermedad, de las razones médicas de la transfusión, de las alternativas terapéuticas posibles, así como de las posibles complicaciones. Conviene evitar las influencias externas, manteniendo una entrevista privada con el paciente.

- Desde un punto de vista ético, se debe respetar la voluntad del paciente a no aceptar la transfusión.

- En caso de aceptarse un tratamiento con el compromiso de no transfundir, debe haber un acuerdo mutuo entre el paciente y el equipo médico. Este acuerdo debe considerarse vinculante desde el punto de vista ético y legal. Se debe cumplimentar, el consentimiento

informado (CI) del procedimiento. Por otra parte, violar tal acuerdo en contra de los deseos del paciente puede acarrear responsabilidades legales al médico y a la institución sanitaria.

- La cirugía programada sin reserva de sangre, debe realizarse normalmente a estos pacientes. En cuyo caso se suscribirá el CI del procedimiento .
- En estos casos hay que admitir la voluntariedad del acto por parte del equipo médico, respetando el derecho del personal sanitario a la objeción de conciencia.
- Si no se consigue constituir un equipo médico en nuestro hospital, que acepte realizar una intervención médico-quirúrgica sin la posibilidad de transfusión, hay que informar al paciente de su derecho a cambiar de médico o de hospital, facilitándole el traslado al Centro mas adecuado.
- En el supuesto de urgencia no demorable, en que no sea posible para el personal sanitario que ha de atenderle, conocer con seguridad la voluntad del paciente, se actuará de la misma forma que en el adulto incapaz. Esto es, en caso de no encontrarse presentes en el lugar familiares con un documento notarial reciente perteneciente al paciente, se realizará la transfusión siempre que el médico la considere indicada.

"Un caso paradigmático fue el de Bahamondez, que marcó toda una jurisprudencia posterior por la opinión de la corte Suprema de Justicia de la Nación en su pronunciamiento del 6 de abril de 1993. Se trataba de una persona adulta, lúcida, internada en un hospital público por una hemorragia digestiva, cursando una anemia, que se negó a recibir transfusiones de sangre por profesar la religión testigos de Jehová. Dado que en Primera y Segunda instancia la decisión de los jueces había sido desfavorable para Bahamondez, este recurrió a la corte Suprema de Justicia, que resolvió que quien rechazara una terapia recomendada o prescrita por el médico y con esa negativa pusiera en riesgo, aun de muerte, nada más que su propia salud y su propia vida, no podía ser obligado a dicho tratamiento (La Ley 1993, tomo D pág.125). Cabe mencionar, sin embargo, que cuando el caso llegó a la corte, habían pasado cuatro años desde que Bahamondez había sido dado de alta, sin haber sido transfundido."

Por otro lado, en 1994 la cámara Nacional civil y comercial Federal, Sala 2, sostuvo que "así como no puede vulnerarse el derecho a la autodeterminación del paciente, tampoco

puede pretenderse que se imponga, desde el ámbito de la justicia, un uso terapéutico novedoso al médico o al establecimiento que, por fundamentos razonables se nieguen a utilizarlos, ya que tales decisiones son propias de su habilitación profesional. Es el profesional y el establecimiento al que pertenece quien deberá asumir la responsabilidad de indicar o no dicho tratamiento, manteniendo las responsabilidades profesionales derivadas de esa decisión²¹.”

Un caso más actual y muy resonante ante la prensa y la opinión pública fue el caso Albarracini, en que la Corte Suprema resolvió q se respetara la voluntad de Pablo Albarracini, joven baleado y en coma. El 1 de junio de 2012 la Corte otorgó prioridad al principio de reserva de la Constitución Nacional por el cual la Justicia no tiene Jurisdicción sobre los actos privados de las personas (art. 19) y citó el art. 11 de la Ley 26.529 conforme al cual toda persona puede dejar directivas anticipadas sobre su salud, consentir o rechazar tratamientos médicos. A los 45 días de ser internado fue dado de alta²².

No tuvo igual desenlace el caso de José Alberto López, quien en julio de 2016 fue baleado y necesitaba de manera urgente una transfusión sanguínea, pero su esposa se negó por motivos religiosos alegando ser ambos testigos de Jehová y presentando un escrito en el cual rechazaba hacerle una transfusión. En este caso se respetó a su representante legal, que era su cónyuge (esto además avalado por un representante de la iglesia). El paciente finalmente falleció²³.

Todos estos cambios de paradigma en la relación médico paciente han impulsado a incursionar en nuevos tratamientos para los pacientes TJ sin la utilización de sangre ni hemoderivados.

El punto básico es que la única forma en que los TJ aceptan una transfusión de sangre es cuando la misma se realiza en circuito cerrado. De este modo, les es permitido la práctica de hemodiálisis y de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea siempre que no incluya la necesidad del aporte de sangre de uno o más donadores. También están de acuerdo con la recuperación de sangre del campo operatorio, su filtración y reinfusión mediante los llamados cell savers (son dispositivos diseñados para recuperar y procesar la sangre autóloga procedente del campo quirúrgico en intervenciones con sangrado severo). Sin embargo rechazan la sangre del banco aunque sea la propia, no están de acuerdo con la

autotransfusión, ya que consideran que una vez que la sangre fue separada del organismo es impura.

Como alternativa aceptan recibir los siguientes compuestos: soluciones cristaloides, coloides, Dextran, Acido aminocaproico, desmopresina, Eritropoyetina, albúmina humana.

En cuanto a los procedimientos aceptan:

- la anestesia hipotensiva, con hipotensión arterial controlada: en estudios controlados se ha demostrado que la pérdida de sangre disminuye hasta un 50% si la TA media se mantiene entre 50 y 65 mm Hg.

- la hemodilución normovolémica: se efectúa con bolsas triples sin cortar la conexión de extracción y mediante ésta se realiza al final la reinfusión, manteniendo factores de coagulación

- la hipotermia inducida: se puede disminuir drásticamente la temperatura corporal del paciente para reducir la demanda de oxígeno.

- la circulación extracorpórea

- los sistemas de reutilización de sangre del lecho operatorio

En síntesis la posibilidad de alternativas terapéuticas ha despertado en la comunidad médica el interés por las mismas y una apertura hacia nuevos procedimientos.

3. El rol del médico ante la negativa de los adultos TJ a transfundir sangre a los hijos menores de edad.

En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño” (art. 3.1)²⁴.

En el contexto de la Convención de los Derechos del Niño, los niños dejan de ser objetos de política, regulación y protección, para pasar a convertirse en sujetos de derecho.

¿Qué se entiende por interés superior del niño? Una de las primeras críticas que se formuló en contra del principio fue la extensión que abría a la arbitrariedad de la autoridad, pues prácticamente cualquier decisión podía terminarse justificándose en el interés de los niños y adolescentes involucrados, cuestión particularmente cierta en el continente.

¿Qué tipo de decisiones vamos a permitirles tomar a los niños y a las niñas que muestren un grado de comprensión y madurez suficiente como para hacerlos responsables de sus decisiones, incluidos los errores? ¿Les vamos a permitir morir, a cambio de satisfacer su decisión autónoma de no defraudar sus creencias?

Incluso cuando les reconocemos autonomía y madurez suficiente como para tomar sus propias decisiones, el interés superior del niño construido con independencia de ese mismo reconocimiento (normalmente desde fuera de ellos) podrá, siempre, triunfar sobre la voluntad (madura, capaz y cabalmente comprendida) del niño.

Aún cuando son los padres los que se oponen a que sus hijos TJ sean transfundidos, vale la pena dar cuenta, que en todos los casos legales en los que se ha puesto en objeción la transfusión a un menor, se decidió transfundir al niño, a pesar de las argumentaciones religiosas de los padres.

Aquí podemos observar el entrecruzamiento de los derechos constitucionales, la autonomía que se construye a partir del ejercicio de esos derechos y el lugar que ocupa las cuestiones morales al respecto.

Existe jurisprudencia internacional al respecto y citamos un caso de Guayaquil, Ecuador en que la corte argumentó lo siguiente:

En agosto del 2013 la jueza Carmen Alicia Argüello lo dejó claro: en su fallo asegura que "para precautelar el derecho a la salud y a la vida" de un infante hijo de padres Testigos de Jehová, opuestos al intercambio de sangre como principio religioso, ordena que los médicos de -forma inmediata- "impongan la transfusión sanguínea y la aplicación de los hemoderivados imprescindibles en el tratamiento del neonato" para su sobrevivencia.

El niño, de aproximadamente dos semanas de nacido, hijo de una adolescente de 17 años de edad, fue diagnosticado con atresia esofágica Tipo 3, enfermedad congénita en el esófago que lo mantiene internado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital del Niño "Francisco de Ycaza Bustamante", de Guayaquil.

Los abuelos del pequeño y padres de la joven madre se oponían a la transfusión de sangre, porque así les ordena su creencia religiosa; sin embargo, con esta intervención judicial se crea precedente para futuros casos en los que por principios religiosos no se acepten los tratamientos médicos y con ello se ponga en riesgo la salud y la vida de un menor de edad.

Marco Pacheco, abogado del Área de Asesoramiento (Admisibilidad) de la Defensoría del Pueblo, en Guayaquil, explicó que el niño no está en capacidad de decidir sobre un tratamiento y menos a qué religión pertenecer, por lo que es responsabilidad del Estado garantizarle la salud y la vida, como lo impone la Constitución del Estado.

La representante de la Defensoría del Pueblo, María José Fernández, contó que esa entidad conoció del caso del pequeño José porque el gerente del hospital Francisco de Ycaza Bustamante, Javier Chacón, informó de la situación del neonato, quien necesitaba una transfusión de sangre y de la aplicación de hemoderivados previo a una intervención quirúrgica. "Resultaba imprescindible evitar que la salud del niño continúe agravándose y que su vida se viera amenazada", sostuvo.

El abogado Pacheco confirmó que con la actuación de la jueza Argüello e incluso con la intervención de la Dirección Nacional de Policía Especializada en Menores (Dinapen), el pequeño José recibió la transfusión de sangre y su estado de salud mejoró notablemente. (Diario El Telégrafo²⁵)

En esta y en otras decisiones de tipo legal, el derecho a expresar libremente el culto de los padres se considera secundario respecto del derecho a la vida y a la salud que tiene el niño.

¿Se justifica moralmente quitar el control que tienen los padres sobre su hijo y actuar en contra de lo que sus padres quieren para él? Para el caso de un paciente adulto capaz de tomar decisiones y dar consentimiento, es una cosa y cuando se trata de un niño entran en juego otras consideraciones.

Se podría argumentar que los padres TJ que rechazan la transfusión de sangre para su hijo están actuando tal como lo indica su religión de acuerdo con su obligación con Dios, y que esa obligación para con Dios supera cualquier tipo de deberes no religiosos que los padres tienen de preservar la vida y la salud del niño.

¿Qué sucede cuando una acción hecha por obligación hacia Dios tiene como resultado la posibilidad de daño o de muerte para con otra persona sea niño o adulto? Es ahí donde el derecho a la vida, a preservar la vida, por sobre todas las cosas toma trascendencia. Las obligaciones del médico son preservar y prolongar la vida y aliviar el sufrimiento, y la libertad de culto no incluye el derecho de actuar de forma tal que conduzca a la muerte o daño de otras personas.

Si los padres se resisten a otorgar el permiso para que se le proporcione sangre a su hijo, cuando puede tener consecuencias mortales o un grave perjuicio el no hacerlo, el derecho *prima facie* de los padres sobre sus hijos queda sin efecto.

La Jurisprudencia Nacional se expide al respecto en estos términos y con los siguientes antecedentes:

"En 1975 se registró el primer caso, una parturienta que se negaba a recibir sangre por ser Testigo de Jehová. Su padre promovió un amparo, y el juez ordenó que se le suministraran todos los tratamientos que aconsejara la ciencia médica, inclusive la transfusión sanguínea. Según este fallo, la intervención del médico estaría justificada aun cuando no hubiese orden judicial o mediase oposición del paciente y sus parientes, ya que la abstinencia del profesional le haría responsable del delito que puede resultar de su omisión, como así también de la reparación de los daños (Juzgado de 1ª Instancia del Trabajo Nº 37 A. De LSE agosto 1975. L.L 1976 A-1).

Luego, en 1985 un juez autorizó a transfundir a un menor de un mes de vida. En este caso, colisionaban la objeción de conciencia de los padres y el derecho a la vida (y a la salud) del hijo menor de edad. El sentenciante, priorizó el derecho a la vida por sobre todas las cosas y opinó que los jueces no pueden permitir el abuso de la patria potestad cuando está en juego la vida del menor, por respeto a una creencia religiosa. En la alternativa y por tratarse de un menor que no podía decidir por sí, era razonable dar primacía a la vida, pues se trata de los derechos de un tercero, ajeno a sus progenitores, que no tenía discernimiento (Juzgado de 1ª Instancia en lo Civil-Nº 3 1985 ED 114-113)

En diciembre de 1986 se pronunció la primera sentencia que rechaza el pedido de ordenar una transfusión considerando que el derecho a la dignidad está por encima del derecho a la vida y dentro del mismo es primordial el respeto a las íntimas convicciones religiosas (Juzgado de 1ª Instancia en lo Civil Nº 9 dic. 1986 LL 1987 A-84).

Si examinada la situación, resulta inviable la intervención quirúrgica, el hospital puede disponer no efectuar la intervención en las condiciones planteadas por el paciente, informándolo de esto fehacientemente (Expediente Nº 5418/91 Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Resolución del Procurador General Dr. Rodolfo J. Urtubey).

Apoyando la posición anterior del procurador, encontramos en 1994 un dictamen de la Cámara Nacional Civil y Comercial Federal que sostiene que así como no puede vulnerarse el derecho a la autodeterminación del paciente, tampoco puede pretenderse que se imponga, desde el ámbito de la justicia, un uso terapéutico novedoso al médico o al establecimiento que por fundamentos razonables se nieguen a utilizarlos, ya que tales decisiones son propias de su habilitación profesional. Es el profesional y el establecimiento al que pertenece quien deberá asumir la responsabilidad de indicar o no dicho tratamiento, manteniendo las responsabilidades profesionales derivadas de esa decisión. En algunos supuestos, sobrevendrá la obligación de derivación inmediata del paciente, cuando la imposibilidad circunstancial -cualquiera sea su índole- en que se encuentre una institución médica para efectuar un tratamiento adecuado y oportuno, aconseje la necesidad de que el paciente sea enviado al lugar indicado para su realización (Cámara Nacional Civil y Comercial, Sala 2ª 2/9/94 Rev. JA 24/4/96).

Más hacia la actualidad, en junio de 2014, el juez de familia de Rosario Ricardo Dutto autorizó la transfusión de sangre a una niña con cáncer, pese a la negativa de sus padres, intimando a éstos a ejercer su responsabilidad, haciéndose presentes en la clínica para vigilar y cuidar a su hija, ya que de lo contrario la niña sería considerada en estado de abandono. Más aún, expresó que la menor se habría manifestado en contra de recibir el tratamiento por motivos religiosos, y que si bien existe el derecho a ser escuchado de todo niño, consagrado en la ley de los derechos del paciente, relativizó la posibilidad de participar en la toma de decisión de la niña, teniendo en cuenta la capacidad de comprensión de un menor de 10 años²⁶.

En un caso similar, en una adolescente de 13 años afectada por un tumor maligno de hueso, los médicos del Hospital de Agudos Posadas utilizaron un sistema de infusión de sangre de la misma paciente en un implante óseo, para superar impedimentos por razones religiosas.

El 20 de junio de 2014, las autoridades del Hospital Oñativia de Rafael Calzada acudieron a la Justicia para salvar la vida de dos gemelos prematuros extremos de 29 semanas, que necesitaban de manera urgente transfusión sanguínea, a lo que sus padres se negaban. El asesor de menores de turno explicó que "se encontró una contradicción bioética entre la autonomía de voluntad de los padres respecto a la patria potestad de sus hijos y el derecho a la salud de los niños", por lo que se dio lugar a una medida autosatisfactiva, que es un proceso inminente entre actos u omisiones que puedan causar perjuicios, en este caso a la salud, facultando a los médicos a llevar a cabo la transfusión²⁷.

En cuanto a la postura de los médicos ante la objeción de conciencia a tratamientos, el Código de Ética y Deontología médica vigente en Argentina, explica que el médico debe buscar soluciones, aún extraordinarias, que no hieran las creencias del paciente. Si concluye que no las hay, después de haber sopesado todos los elementos a su alcance, puede suspender la relación con el paciente. Cuando éste es menor, puede actuar contra la voluntad de los tutores, previa autorización judicial.

La idea es llegar al consenso a través del diálogo interdisciplinario mediante el Comité de Ética de la Institución, siguiendo la propuesta de Klein, quien sostiene que ante "un conflicto de valores, el proceso de sentar prioridades para el cuidado de la salud debe ser inevitablemente un proceso de debate"²⁸. Este proceso debe incluir una mirada que abarque a todos los actores involucrados, esto implica valorar la diversidad cultural, religiosa, social y en el ámbito de la salud tiene que ser un imperativo.

4. El rol del médico ante la embarazada TJ que rehusa la transfusión sanguínea. Manejo obstétrico

El tratar a un paciente TJ en cuadros médicos de urgencia es una situación difícil y durante el embarazo se suman mayores dilemas, ya que no sólo se trata de una paciente sino que el médico debe abogar también por el bienestar fetal. En el embarazo, los médicos, en el campo médico y ético, nos encontramos ante dos pacientes: madre e hijo y ante ambos, el médico tiene las mismas responsabilidades terapéuticas.

Además la paciente obstétrica TJ se encuentra en un mayor riesgo de morbilidad materna²⁹. Singla describió de forma retrospectiva durante un período de once años, el resultado obstétrico de este grupo y lo comparó con la población obstétrica general. Encontró una frecuencia de 512 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en comparación con 12 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en la población general, lo que se traduce en un riesgo de muerte 44 veces mayor debido a hemorragia obstétrica mayor³⁰.

Han sido descritas numerosas cirugías exitosas en obstetricia, sin necesidad de utilizar transfusión alogénica. Se pueden citar la histerectomía, el carcinoma cervical en la paciente embarazada y la placenta previa préclara³¹.

Pero también en la literatura se presentan casos en que la paciente ha fallecido como consecuencia de una hemorragia masiva con shock hipovolémico y la negación a la transfusión.

Existen diferentes circunstancias en las que la mujer embarazada podría requerir una transfusión de sangre o hemoderivados de forma urgente o inmediata, esto es, descartando otras alternativas de recuperación sin necesidad de transfusión. Se puede deber a patología obstétrica, discrasias sanguíneas, accidentes, entre otras. Pero existe una patología fetal en la que se avanza en su terapéutica con resultados cada vez más alentadores, que es la enfermedad hemolítica perinatal, en la que la transfusión intrauterina arroja respuestas exitosas en los fetos con anemia severa e hidrops, con baja tasa de mortalidad por el procedimiento.

Según Ramirez y Robles esta tasa no supera el 1.9%³².

En la jurisprudencia internacional aparece este fallo que se distingue de nuestra jurisprudencia ya que lo resuelve tomando en cuenta por sobre todas las cosas, la autonomía de la mujer embarazada.

In re Fetus Brown (Corte de Apelaciones de Illinois 1997): "Esta fue la primera decisión de una corte de apelaciones en Estados Unidos que examinó a fondo el rechazo a transfusiones de sangre por parte de una mujer en embarazo. La Sra. Brown estaba en su semana 34 de embarazo cuando fue sometida a cirugía menor para remover un quiste. La cirugía no resultó como se esperaba y su hemoglobina post-operatoria cayó a 3,4 g/dL. El

tribunal nombró un administrador del hospital como guardián temporal del feto de la Sra. Brown con autoridad para permitir transfusiones de sangre. En una decisión de 3-0, la Corte de Apelaciones de Illinois revocó la orden del tribunal que autorizaba transfundir la Sra. Brown. La corte dictaminó que "el Estado no podrá anular la decisión competente sobre tratamiento de una mujer embarazada, incluyendo el rechazo a procedimientos médicos invasivos recomendados, con el fin de salvar potencialmente la vida del feto orgánico. Nosotros... hallamos que una transfusión de sangre es un procedimiento médico invasivo que interrumpe la integridad física de un adulto competente". Esta fue una decisión histórica que solidificó el derecho de una mujer embarazada a rechazar transfusiones de sangre³³."

Podemos inferir que mientras el aspecto legal es claro, y el médico va acompañando las distintas posiciones, persiste el dilema ético.

Ahora bien ¿Qué alternativas se presentarían si fuera aceptada la negativa transfusional de los TJ y tuviéramos una paciente embarazada con esta necesidad?

Si bien algunos países aceptan la negativa transfusional en caso de pacientes adultos competentes, la excepción, aceptada internacionalmente, se realiza ante daños a terceros, esto es, menores de edad o personas con capacidad disminuida. El caso de embarazo, en el cual se trata evidentemente de un menor de edad, no es tan frecuentemente tratado en la literatura médica ni jurídica. La bibliografía obstétrica disponible generalmente analiza el caso solamente desde la perspectiva de sobrevivencia materna, desprotegiendo directamente al embrión en caso de que la madre tome una decisión con consecuencias fatales para ella y el feto.

Según Casas Martínez³⁴ las alternativas para el abordaje de este conflicto pueden ser:

- a) Respeto irrestricto a la autonomía materna, cuyo resultado sería una alta probabilidad de muerte tanto para la madre como para el feto
- b) Respetar la autonomía de la madre. Resultado: alta probabilidad de vida de madre y feto. Este tipo de decisión no respeta la autonomía materna, pero, respeta el principio de justicia, no maleficencia y beneficencia del feto y parcialmente (porque se refiere a la vida física y no a su decisión) de la madre.

Esta decisión estaría dentro de lo que se denomina evitar daños a terceros.

- c) Respetar la negativa de la madre a ser transfundida y sí realizar maniobras de rescate fetal. Resultado: alta posibilidad de muerte materna, relativa posibilidad de vida fetal. En este caso la madre estaría aceptando una acción intervencionista sobre el feto pero se negaría a su propio tratamiento. En estos casos la paciente deberá prestar su consentimiento informado para ser intervenida.

Si nos atenemos al principio de autonomía de la mujer embarazada, este principio supone la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente.

Ahora bien, este mismo principio, implica también, el derecho incluso a equivocarse a la hora de tomar una decisión.

Si tomamos en cuenta la jurisprudencia nacional, podemos inferir lo siguiente:

Siguiendo a Brumley³⁵, "En el Código Civil argentino en los art. 264, cuando define la patria potestad como el "conjunto de derechos y obligaciones que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de sus hijos....., en tanto sean menores de edad y no se hayan emancipado" y en el art. 267 "satisfacción de las necesidades de los hijosAsistencia y gastos por enfermedades" coincide con lo que manifiesta el asesor jurídico de los TJ, Phillip Brumley quien manifiesta que " en cuestiones de atención médica el interés predominante del Estado no es la religión o la libertad religiosa, sino la salud y la vida del niño.....porque los padres no tiene ningún derecho legal a privar a sus hijos de la atención médica necesaria" (Brumley, Phillip. Esq. "Por qué respetar la selección de tratamiento médico sin sangre". En "Autonomía paterna en la adopción de decisiones médicas)

La actuación del profesional se encuentra también legitimada por los arts. 19, inc. 2do Ley 17.132 y 34 inc. 3ro del Código Penal - estado de necesidad- y el inc. 4to del mismo art. en cuanto considera no punible al que obrare en cumplimiento del deber o en el legítimo ejercicio de su derecho de autoridad o cargo.

Asimismo, la ley 23.849³⁶ (Convención sobre los Derechos del Niño) actualmente de rango constitucional (art. 75 inc. 22 de la CN) establece en su art. 3ro. : "En todas las medidas

concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial será el interés superior del niño.”

Art. 6, inc. 1- Los Estados Partes, reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

2 - Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Art. 18: determina con relación a las obligaciones de los progenitores en la Art. 6, inc. 1- Los Estados Partes, reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

2 - Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Art. 18: determina con relación a las obligaciones de los progenitores en la crianza y desarrollo del menor, que la preocupación fundamental será el interés superior del niño. posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán para asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Dicho articulado determina con primacía absoluta “el interés superior del niño” como sujeto de derecho a proteger, y por encima de otros derechos personalísimos, la vida y la salud. Lo expuesto es aplicable a la mujer grávida, en razón de que su negativa a transfundirse afectaría a un tercero, el nasciturum, considerado sujeto de derecho en nuestra legislación desde el instante mismo de la concepción (arts .63, 64, 322 del CC, 185 del CP).

Como se puede observar, en todos los casos mencionados, quien no puede decidir por sí mismo es el no nato, que en este caso, la ley argentina lo protege ya que ubica al derecho a la vida por sobre todos los demás derechos que pudieran ejercer los padres.

Desde el un punto de vista sociocultural, como señaláramos en el punto anterior, cambiar el lugar desde donde observamos la realidad y verla desde una mirada más amplia, que incluya un diálogo abierto con la paciente embarazada, en el cual podamos ser capaces de valorar la diversidad en todas sus esferas y que no sea solo a nivel declamativo sino que de verdad las partes se acerquen y acuerden en beneficio no tan solo de los adultos o los

menores sino, en este caso, de quien no tiene voz y reclama ser escuchado. Así, el Comité de Ética y el trabajo interdisciplinario tiene su razón de ser.

Vale la pena recordar la Declaración Universal de Bioética y de Derechos Humanos de la UNESCO del 2005 que indica en su artículo 2 entre sus objetivos, fomentar un diálogo *multidisciplinario y pluralista*, entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto.

Por último es fundamental tener en cuenta la viabilidad del feto para actuar en consecuencia.

Embarazo no viable:

En estos casos si la mujer rechaza recibir transfusiones de sangre y su estado es grave el riesgo de muerte será tanto materno como fetal. Será menester implementar todas las estrategias para evitar la transfusión³⁷, con el fin de respetar la autonomía materna, haciendo un esfuerzo para alcanzar la madurez pulmonar que nos permita la extracción fetal con bajo riesgo. Si nos encontramos en una situación de extrema urgencia como en un shock hipovolémico y el embarazo es menor a 25 semanas, probablemente ocurrirá un desenlace ominoso para la madre y el embrión o feto. En el caso de incompatibilidad Rh, con enfermedad hemolítica perinatal grave, con un feto con anemia severa e hidrops, se puede requerir transfusión intrauterina para salvar la vida del feto, y de negarse la madre, que es la situación más factible en las pacientes TJ, condenaría al feto a una muerte intrauterina con sobrevida materna, y violaría de este modo, el derecho a la vida del no nato.

Embarazo cercano a la viabilidad:

Se trata de embarazos mayores a 25 semanas pero menores a 32. Ante todo se realizará maduración pulmonar fetal. En la medida de lo posible se realizará cordocentesis con transfusión homóloga. Han sido reportado casos en la literatura de soporte cadavérico materno con obtención de producto sano viable³⁸. Si existen directivas anticipadas por escrito maternas, se podrá intentar esta maniobra para priorizar el derecho a la vida del ser por nacer.

Embarazo viable:

Además de la posibilidad de la realización de cordocentesis con transfusiones homólogas, en estos casos se puede recurrir a la inducción al parto o a la cesárea electiva, así como también a la cesárea postmortem, previa conformidad anticipada de la madre (Casas, op.cit.).

Una vez nacido el niño se podrá realizar la terapéutica correspondiente siguiendo los lineamientos generales de los hijos de padres Testigos de Jehová.

5.Conclusiones

La lógica argumental de la monografía fue estructurada en relación a las conclusiones parciales de los puntos analizados, lo que permite concluir lo siguiente:

Con respecto al objetivo general planteado en el presente trabajo, se concluye que los desarrollos comprendidos a lo largo de cada uno de los temas analizados permiten dar cuenta ampliamente el mismo: *"Analizar el rol del médico frente a pacientes Testigos de Jehová, en estado crítico, mujer embarazada, padres de menores que en situaciones de urgencia que se niegan a recibir transfusiones de sangre"*, así como también de cada uno de los objetivos específicos.

A los fines de nuestro análisis, **primero** se expusieron los fundamentos religiosos de los TJ frente a la negativa a la transfusión de sangre, determinándose que están usualmente bien informados tanto doctrinaria como también técnicamente para participar en las tomas de decisiones sobre su propio tratamiento y han trabajado minuciosamente en la elaboración de respuestas que sugieren tratamientos alternativos.

En **segundo** lugar, se pudo especificar la actuación profesional del médico frente a la autonomía de los padres TJ sobre sus hijos menores de edad y de la embarazada sobre el no nato y cómo entran en conflicto los distintos aspectos: el derecho de tomar una decisión autónoma por parte del paciente TJ adulto entra en conflicto con el deber del médico que lo está tratando.

Bajo esta perspectiva, se tornó necesario tomar en cuenta la implicancia de por lo menos tres aspectos que inciden, de alguna manera, en todos los interesados en resolver esta

situación: el aspecto médico, el aspecto legal y un tercero, el aspecto ético, elementos que analizamos por separado y se pudo determinar que están imbricados entre sí.

En **tercer** lugar, se expusieron los aspectos legales que regulan esta situación conflictiva y el rol del derecho a la vida y se analizó jurisprudencia nacional e internacional.

En función de los aspectos analizados en el trabajo, y a fin de realizar una propuesta práctica, nos parece pertinente en tanto profesionales de la salud, las siguientes recomendaciones:

1. Todos los centros de salud, públicos y privados deberán tener elaborado un protocolo de atención previamente consensuado con los representantes de la comunidad TJ que aseguren el respeto a la voluntad de sus miembros y, a la vez, ofrezcan a los profesionales de la salud un marco de seguridad jurídica para el buen ejercicio de su profesión.
2. Es necesario que exista en cada centro de salud, protocolos en donde se especifique qué tratamientos alternativos a la transfusión de sangre y qué procedimientos terapéuticos se pueden realizar, con la tecnología más avanzada posible.
3. El rechazo al tratamiento deberá constar por escrito, como exige la ley, y la firma del consentimiento informado deberá realizarse de manera que garantice tanto la completa comprensión del paciente de los riesgos que el rechazo de la transfusión comporte, como la autonomía de la decisión de la persona sin coacciones externas de ningún tipo.
4. En las situaciones de urgencia, en donde corre riesgo la vida, y ante imposibilidad del paciente para manifestar su voluntad, no serán vinculantes para los médicos las manifestaciones verbales de parientes o allegados si no van acompañadas de

un documento previamente realizado por la persona en cuestión y firmado ante escribano público. No se aceptará el consentimiento por sustitución en el caso de menores de edad cuando el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado suponga riesgo grave para la salud o la vida del menor. Estas situaciones, cuando se produzcan, deberán ponerse en conocimiento de la autoridad competente.

5. En el caso de una mujer embarazada TJ es fundamental mantener una comunicación estrecha de manera de enfatizar sobre la salud del bebé e intentar que la paciente comprenda que negarse a un tratamiento puede significar la muerte del no nato. En caso de continuar con la negativa, arbitrar todas las medidas terapéuticas alternativas de manera de llegar a la madurez fetal y una vez alcanzada ésta, conseguir el consentimiento informado de la embarazada para la finalización del embarazo y poder realizar los tratamientos pertinentes al recién nacido.

Ahora bien, ¿qué sucede cuando la justicia decide dar lugar a una transfusión en un menor de edad y ese niño luego debe volver al seno familiar y a la comunidad TJ, siendo que éstos lo pueden considerar impuro?

Y en el caso de la embarazada, ¿cómo respetar el interés superior del niño, considerado sujeto de derecho desde el instante mismo de la concepción, siendo que este niño se encuentra dentro del vientre materno, a quien se debe respetar su autonomía?

¿Están preparadas las comunidades científicas para este cambio de paradigma?

Aunque los antecedentes jurídicos parecieran prevalecer por sobre el diálogo, se pudo constatar a partir del análisis de los datos investigados, que son los propios TJ quienes están más interesados en promover una comunicación más fluída que en confrontar con el médico y el sistema de salud. De esta manera, hoy por hoy la medicina sin transfusión de sangre empieza a estar presente en debates, congresos médicos, comités de ética y espacios universitarios.

La propuesta es llegar al consenso a través del diálogo interdisciplinario mediante el Comité de Ética de la Institución, siguiendo las recomendaciones de Klein, quien sostiene que ante “un conflicto de valores, el proceso de sentar prioridades para el cuidado de la salud debe ser inevitablemente un proceso de debate”.

A partir de la investigación realizada, este trabajo intenta, además de abrir nuevos interrogantes, revelar la encrucijada y plantear finalmente el interés que se ha venido generando en las últimas décadas, tanto en la comunidad TJ como en la comunidad médica, el hecho de establecer un diálogo intercultural que encuentre en el mismo la tolerancia y comprensión mutuas. Proceso que debe incluir una mirada que abarque a todos los actores involucrados, esto implica aceptar la diversidad cultural, religiosa, social y en el ámbito de la salud generar nuevos desafíos para los integrantes de la comunidad médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LOSSETTI O, BURGA MONTOYA E. Los testigos de Jehová: praxis médica, aspectos bioéticos y jurisprudencia. Boletín Responsabilidad profesional y ética, 2011. A 5 I nro 20 I.
2. LEY 26.529. (2012) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
3. LEY 26.061 (2005) Ley de Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
4. La Biblia de las Américas. 1986, 1995, 1997 by The Lockman Foundation. Recuperado de: <http://www.lockman.org>.
5. DWORKIN, R. Life`s Dominion. New York. Alfred Knopf, 1993.
6. HERRERA. F. J. Derecho a la vida y el aborto. Editorial: S.A. EUNSA. EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, 1999.
7. BEAUCHAMP, T. L y CHILDRESS, J.F:Principles of Biomedical Ethics. Seven Edition, 2012, p. 121, p.193
8. ROSS, D. Fundamentos de ética. Buenos Aires, Eudeba, 1972.
9. PÉREZ FERRER A, GREDILLA E, DE VICENTE J, GARCÍA FERNÁNDEZ J, REINOSO BARBERO F. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2006. P. 31-41, 53.
10. MURAMOTO O. Bioethical aspects of the recent changes in the policy of refusal of blood by Jehovah`s Witnesses. 2011. P. 322:37-9.
11. PIMENTEL PÉREZ. Los testigos de Jehová y el consentimiento informado. 2010. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im026g.pdf>
12. ARISTÓTELES. Ética a Nicómaco, Libro III. Trad.: J.L. Calvo Martínez. Alianza. Madrid, 2007
13. BESIO M, BESIO F. Testigos de Jehova y transfusión sanguínea. Reflexión desde una ética natural. Revista Chilena Obstetricia Ginecología. 2006. Nº 71, p. 274-279.

14. SEOANE J. El perímetro de la objeción de la conciencia médica. InDret. 2009. p. 1-21
15. MAYER LUX, L. Autonomía del paciente y responsabilidad penal médica. Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. 2011. 2º Semestre. p. 371 – 413.
16. PÉREZ TRIVIÑO. Testigos de Jehová: entre la autonomía del paciente y el paternalismo justificado. Revista para el análisis del derecho. 2010. InDret
17. APARICI, J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas N° 22 121-157, 2010.
18. DANIELS, N. Just Health Care. Studies in Philosophy and Health Policy. 1995, Cambridge University Press, New York.
19. Ley 17.132 (1967) Ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración.
20. Ley 24.742 (1996) Sistema público de salud. Comités Hospitalarios de Ética. Funciones. Integración
21. Rocca C., Santágata M. La evolución de la perspectiva legal argentina respecto a los Testigos de Jehová. Revista de Bioética del Hospital Italiano, vol 30 n° 2, diciembre 2010.
22. Caso Albarracini: " La sentencia de la Corte preserva la libertad individual". <https://www.clarin.com>vida-sana>salud>
23. <https://www.infobae.com>2016/07/29>
24. ACNUDH Convención sobre los Derechos del Niño-OHCHR. Recuperado en: www.ohchr.org>OHCHR.
25. <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/fallo-obliga-transfusion-a-bebe-de-testigo-de-jehova>
26. Autorizaron la transfusión de sangre a una nena con cáncer, pese a la negativa de sus padres. Recuperado de: <https://www.infobae.com>2014/06/23>.
27. Se recuperan los gemelos transfundidos por autorización judicial tras la negativa de sus padres. Recuperado de: www.telam.com.ar>notas>67939>2014/06/19.
28. Klein W, Dittmar N, eds Interkulturelle Kommunikation. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1994. Salas Astrain R. Ética intercultural: ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos. (Ref) Lecturas del pensamiento latinoamericano. Santiago de Chile UCSH; 2003.

29. Varas J, Almuna V, Valdés C, Valenzuela A, Cordero R, Sanhueza Mc. Manejo de pacientes obstétricas, Testigos de Jehová. Rev. Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2006. P. 217-223.
30. Singla A, Lapinski Rh, Berkowitz Ri, Saphier Cj. Are women who are Jehovah`s Witnesses at risk of material death? Am J. Obstet Gynecol. 2002. p 187.
31. Weinstein A, Chandra P, Schiavello H, Fleischer A. (2005). Conservative Management of placenta previa percreta in a Jehovah`s Witness. Obstet Gynecol. 2005. p. 105.
32. RAMÍREZ ROBLES L, GÓMEZ PARTIDA G, GUEVARA RUBIO G, VELÁZQUEZ GÓMEZ L. Transfusión intrauterina en aloinmunización RhD en México 1987-2008. Ginecol Obstet Mex. 2010. p. 469-477
33. Illinois.Appellate Court, First District, Fifth Division. Recuperado en <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12041238>.
34. Casas Martínez, M. Análisis bioético del embarazo en testigos de Jehová y el rechazo transfusional. Cuadernos de Bioética [en línea] 2010, XXI Septiembre-Diciembre. Recuperado el 25 de octubre de 2017 de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87518698003>> ISSN 1132-1989
35. Brumley, Phillip, Esq. "Por qué respetar la selección del tratamiento médico sin sangre". Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, junio de 1993,-punto III, "Autonomía paterna en la adopción de decisiones médicas..
36. Ley 23.849 (1990) Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en Nueva York el 20/11/89-Aprobación
37. Retamales, A. Autonomía del paciente: los testigos de Jehová y la elección de alternativas a la transfusión. Revista Chilena Obstetricia Ginecología. 2006. N°71, p. 280-287
38. SPERLING, D, Maternal brain death. American Journal of Law and Medicine 30. 2004. P. 453-500.

