

**DECLARACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ARAGÓN
SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA A PACIENTES
QUE RECHAZAN RECIBIR TRANSFUSIONES DE SANGRE**

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivo

Esta Declaración se ha elaborado a raíz de una consulta realizada al Comité de Bioética de Aragón (CBA) por parte del “Comité de Enlace con los Hospitales de los Testigos de Jehová”. Su finalidad es establecer pautas que ayuden a la resolución de posibles conflictos ético-legales que se derivan de la negativa a recibir sangre. (Anexo 1. Apunte histórico sobre los Testigos de Jehová).

Se desea contribuir desde la perspectiva ética a dar soluciones viables para armonizar el deber del cuidado de la salud y la vida, con el derecho a la autonomía del paciente, cuando éste rechaza un tratamiento. En este escenario es especialmente relevante la distinción entre pacientes adultos y menores.

1.2. Alternativas terapéuticas en el sistema sanitario

La búsqueda de soluciones operativas al problema planteado supone recurrir a procedimientos alternativos a la transfusión de sangre.

Entendemos por “alternativas” a la transfusión, los procedimientos de autotransfusión y los tratamientos farmacológicos que favorecen la producción de componentes de la sangre o que limitan la fibrinólisis, y cualquier otro procedimiento autorizado con fundamento científico que permita evitar en lo posible la transfusión. La autotransfusión se puede realizar de varias formas: hemodilución normovolémica intraoperatoria, recuperación de hematíes del campo operatorio, recuperación post-operatoria y depósito preoperatorio de sangre (esta última opción no es aceptada por la mayoría de los Testigos de Jehová).

La cuestión adquiere una dimensión de política sanitaria en la medida que supone considerar la prestación en el sistema público de salud de estos tratamientos alternativos al uso de sangre y sus derivados, promoviendo programas especiales a desarrollar en los centros sanitarios.

1.3. El acomodamiento razonable

La obligación de acomodar o ajustar es el deber que, en virtud de la ética y del derecho, incumbe a los gestores de instituciones y organizaciones públicas y privadas de evitar cualquier discriminación, tanto de las minorías como de las mayorías, tomando medidas

de armonización en la aplicación de ciertas leyes o reglamentos, flexibilizando la norma o adaptándola en su aplicación. Ello permite una más justa gestión de la diversidad cultural y religiosa en el espacio público, conforme al modelo intercultural liderado por el Consejo de Europa y la Unión Europea.

Se trata de proteger el pluralismo basado en el reconocimiento de la diversidad; en el respeto del dinamismo de las tradiciones e identidades culturales; y finalmente en la protección de las convicciones religiosas de los ciudadanos en el espacio público y en el ámbito laboral, siempre que sean respetuosas con los derechos fundamentales y el marco jurídico constitucional.

2. CONSIDERACIONES SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como primer argumento, desde punto de vista ético, debemos considerar que el consentimiento informado se encuentra en el corazón de la medicina. Se trata de un auténtico proceso que se fundamenta en la autonomía de la persona y debe impregnar la relación clínica, teniendo tres componentes fundamentales: la información, la capacidad y la voluntariedad. Se debe respetar la libertad del paciente y no se puede actuar contra la voluntad de una persona capaz, adecuadamente informada y que actúa voluntariamente.

La filosofía del consentimiento informado, por tanto, va a tener un especial significado a la hora de abordar los problemas éticos derivados del rechazo a tratamientos y específicamente en el caso de la negativa a recibir transfusiones. En este escenario será importante determinar si un paciente tiene la suficiente capacidad, o, en su caso, determinar a quien le corresponde tomar decisiones subrogadas. De igual modo, es importante valorar el grado de voluntariedad, la comprensión de la información, así como detectar la manipulación o la coacción que harían inválido el consentimiento.

Actualmente existe un desarrollo ético considerable de la doctrina del consentimiento informado que se ha trasladado al ámbito deontológico (Anexo 2) y a la esfera legal (Anexo 3).

3. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

A.- Ante un paciente adulto capaz, que se niega a recibir una transfusión

Hay que asegurarse de la necesidad de la transfusión y, si es posible, seguir pautas alternativas.

Se debe informar objetivamente al paciente de las consecuencias negativas para su salud, e incluso para su vida, que se pueden derivar de la negativa al tratamiento, así como de los beneficios de aceptarlo.

Una vez consideradas y realizadas estas dos premisas anteriores, el médico debe respetar el derecho del paciente a rechazar la transfusión, lo cual deberá quedar reflejado en la historia clínica y en el consentimiento informado que proceda.

Si no hay una demostración inequívoca de la negativa del paciente, se actuará bajo el principio de beneficencia, es decir, administrando el tratamiento indicado.

B.- Ante un paciente adulto no capaz

El profesional responsable de la atención decidirá en función del contenido del documento de voluntades anticipadas, si lo hubiere.

En el caso de que no exista dicho documento, se actuará en función de la opinión del representante legal del paciente.

Cuando los familiares o representantes legales tomen decisiones que se puedan considerar contrarias a la seguridad o la salud del paciente, se pedirá asesoramiento al Juez sobre la conducta a seguir

En caso de duda acerca de la capacidad mental del paciente, el médico responsable consultará con el especialista más adecuado (neurólogo, psiquiatra o psicólogo), y tomará una decisión valorando esa información.

C.- Conducta ante un menor

En el menor con edad inferior a 12 años el médico puede, en caso de urgente necesidad, transfundir contra su voluntad e incluso contra la voluntad de los padres, con la oportuna autorización judicial.

En el menor con edad superior a los 12 años y hasta los 14, el consentimiento debe otorgarlo el representante legal del menor, pero su validez quedará subordinada a que las decisiones sean en su interés. Sin embargo, estos menores deben ser oídos con antelación a cualquier acto médico y su opinión se tomará en consideración como un factor, que será más o menos determinante, en función de su grado de madurez.

Si hay discrepancia entre la opinión del menor que esté en condiciones de comprender el alcance de la intervención y la de sus representantes legales, el médico actuará del siguiente modo: si el asunto fuera urgente, aplicará el principio de beneficencia, y si no existiera urgencia planteará el conflicto al Juez o al Ministerio Fiscal.

En la Comunidad Autónoma de Aragón el menor desde los 14 hasta los 18 años puede prestar su consentimiento con la asistencia de sus padres, así como formalizar un documento de voluntades anticipadas.

A este respecto hay que considerar diversas posibilidades:

1. Que los padres y el menor coincidan en el rechazo a la transfusión. En este caso hay que proceder como si se tratara de un adulto, salvo que se considere por parte del facultativo que la prestación del consentimiento del menor puede estar viciada, en cuyo caso planteará el conflicto al Juez o al Ministerio Fiscal.
2. Que los padres rechacen la transfusión y el menor la acepte, en cuyo caso el médico debe proceder a realizarla.

3. Que los padres acepten la transfusión y el menor de 14 a 18 años, la rechace. En Aragón las normas legales se posicionan a favor de la decisión del menor de 14 a 18 años, sin embargo, cuando esta decisión entrañe un grave riesgo, será tenida en cuenta la opinión de sus padres y cabe realizar una consulta al Juez o al Ministerio Fiscal.
4. En caso de pérdida de la capacidad, hay que comprobar si existe documento de voluntades anticipadas y, en caso afirmativo, actuar en consecuencia. En su ausencia, se deberá actuar según la recomendación B de este apartado.

D.- En relación a la indicación urgente o electiva de la transfusión

El artículo 21 de la Ley 41/2002 sobre la autonomía del paciente regula los mecanismos de alta voluntaria y de alta forzosa en caso de negativa a aceptar un tratamiento; sin embargo, esto podría dar lugar a dudas al contraponerse con el Código de Deontología Médica (Art. 6.2), que establece: *“El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados”*, lo cual sería aplicable aunque éste rechazara un determinado tratamiento.

Cabría distinguir entre:

- Indicación urgente de transfusión, para solventar una situación de emergencia.
- Indicación electiva en vistas a una intervención quirúrgica en la que se suele necesitar transfusión (cirugía cardíaca, ortopédica, de trasplantes, etc.).

En el primer caso, no se debe forzar el alta voluntaria, ni mucho menos disponer el alta forzosa, puesto que el paciente necesita atención médica, más allá de la transfusión que se ha rechazado.

En el segundo caso, cuando se programa una intervención quirúrgica en la que se prevé la necesidad de sangre, se actuará de acuerdo al protocolo y guías que la autoridad sanitaria haya previsto en cada centro.

E.- En relación a la objeción de conciencia del profesional sanitario

Los profesionales sanitarios pueden acogerse a la objeción de conciencia si consideran que se les exige una actuación contraria a su sentido moral, de acuerdo con el Código de Deontología Médica (Art. 12.3): *“Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzgase inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, quedará dispensado de actuar”*.

En este caso deberá comunicar su postura a su superior jerárquico para que se garantice la atención y tener en cuenta que está obligado a atender a este paciente en caso de urgencia aunque la intervención tuviera relación con la acción objetada.

4. CONCLUSIONES

PRIMERA. Es voluntad del Comité de Bioética de Aragón instar a la Autoridad Sanitaria para que garantice, en todos los centros hospitalarios de Aragón, la puesta en marcha de guías o protocolos específicos para la atención a pacientes que rechazan transfusión de sangre por razón de sus convicciones, en coherencia con las recomendaciones de esta Declaración (Apartado 3).

SEGUNDA. Algunos centros hospitalarios de Aragón disponen de protocolos para la atención a pacientes que rechazan transfusión de sangre, sin embargo parece oportuno recomendar su revisión, actualización y aprobación, contando con la colaboración de los Comités de Ética Asistencial, y hacerlo extensivo a todos los hospitales de Aragón en un plazo de tiempo razonable y en el marco de un plan coordinado por la Autoridad Sanitaria.

TERCERA. Se recomienda que la dirección de los hospitales promuevan la formación y la investigación en este campo con la colaboración de los Comités de Ética Asistencial.

Zaragoza, 19 de noviembre de 2014

ANEXOS

Anexo 1

Apunte histórico sobre los Testigos de Jehová

Las creencias religiosas en las que se basan los Testigos de Jehová, comienzan su andadura en Pensilvania en 1878 y su iniciador fue Charles Taze Russell. Tomó parte de las ideas de los Segundos Adventistas y otros, que especulaban sobre la fecha del fin del mundo, basándose en profecías Bíblicas. En 1884 Russell funda la llamada “*Watchtower Bible and Tract Society* (WTS)” con sede en Nueva York, que en 1931 pasa a llamarse “Testigos de Jehová (TJ)”. En 1916, le sucedió en la presidencia de la WTS, Joseph Frankllyn Rutherford, que reformó la doctrina y con su fuerte carisma logró darles un notable impulso.

La prohibición de recibir transfusiones sanguíneas se produce en el año 1945, bajo la presidencia de Nathan Homer Knorr (electo el 13 de Enero de 1942) y la fundamentan en distintos pasajes de la Biblia en los que, según su opinión, estaría equiparada la prohibición de “comer sangre” con la “transfusión sanguínea” (Génesis 9: 1-7; Levítico 3:17; Levítico17: 10-12; Deuteronomio 12: 23-25; Hechos de los Apóstoles 15: 19-29).

Esta postura se ha mantenido hasta la actualidad, pero con cambios que permiten la utilización por separado de muchos componentes de la sangre, de tal manera que la posición actual de los “Testigos de Jehová” incluye el rechazo incondicional a la sangre completa: hematíes, leucocitos, plaquetas y plasma; sin embargo, “es posible que acepten” recibir fracciones de esos u otros elementos como albúmina, inmunoglobulinas, fibrinógeno, factores de coagulación. Tampoco aceptan la extracción preoperatoria de sangre autóloga para posterior reinfusión.

En cualquier caso y dado que las posturas que mantienen acerca de esta cuestión no son homogéneas, hay que considerar que cada Testigo toma sus propias decisiones acerca de lo que en conciencia considera correcto y que suelen llevar un documento donde exponen sus deseos.

Anexo 2

Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica (CDM)

La Organización Médica Colegial aprobó en 2011 el vigente CDM que recoge algunas normas aplicables a estas situaciones:

Artículo 5

1.- “.../... Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico”

Artículo 9

1.- “El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias”.

Artículo 12

1.- “El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones”.

2.- “El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica”.

En cuanto a personas incapacitadas:

Artículo 13

1.- “Cuando el médico trate a pacientes incapacitados legalmente o que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho”.

2.- “El médico deberá ser especialmente cuidadoso para que estos pacientes participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad se lo permita”.

3.- “El médico tomará las decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento”.

En cuanto a los menores:

Artículo 14

1.- “El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias”.

2.- *“La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y grado de madurez; esta valoración es subjetiva y supone para el médico una responsabilidad ética”.*

3.- *“En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de edad, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento. Entre 16 y 18 años los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta”.*

4.- *“Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial”.*

En cuanto a la manera de dar la información:

Artículo 15

1.- *“El médico informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Cuando la información incluya datos de gravedad o mal pronóstico se esforzará en transmitirla con delicadeza de manera que no perjudique al paciente”.*

2.- *“La información debe transmitirse directamente al paciente, a las personas por él designadas o a su representante legal. El médico respetará el derecho del paciente a no ser informado, dejando constancia de ello en la historia clínica”.*

Artículo 16

1.- *“La información al paciente no es un acto burocrático. Debe ser asumido directamente por el médico responsable del proceso asistencial, tras alcanzar un juicio clínico preciso”.*

2.- *“El consentimiento se expresa de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo se obtendrá el consentimiento por escrito”.*

En cuanto al derecho a la objeción de conciencia del médico:

Artículo 12

3.- *“Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzgase inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, quedará dispensado de actuar”*

Anexo 3

CONSIDERACIONES LEGALES

1.- La Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, reconoce el derecho de los pacientes a rechazar cualquier tratamiento y la necesidad de consentimiento informado para tratamientos con riesgo.

2.- El Convenio de Oviedo, que entró en vigor en España en Enero del año 2000 y por tanto tiene carácter vinculante, expresa en el Artículo 5º: *“Se consagra el principio de autonomía, frente al de beneficencia, erigiendo al individuo como máximo responsable en las decisiones que afecten a su salud”*. Y en el Art. 9º dice *“Se tomarán en consideración los deseos expresados con anterioridad por las personas ... a no ser que la evolución técnica la hagan anacrónica”*.

3.- 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; se refiere a estas cuestiones en los siguientes términos:

CAPÍTULO I.

Artículo 2. Principios básicos.

3. *“El paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”*.
4. *“Todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”*.

CAPÍTULO II.

Artículo 4. El derecho de información sanitaria

2. *“La información clínica forma parte de las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”*.

CAPÍTULO IV.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

- c) *“Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”*.

CAPÍTULO VI.

Artículo 21. El alta del paciente.

1. *“En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando*

existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas”.

2. *“En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión”.*

4.- Normativa específica de la Comunidad Autónoma de Aragón: Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

Artículo 11. Derechos de los pacientes menores de edad.

1. Todo paciente menor de edad tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad e intervenciones sanitarias propuestas, de forma adaptada a su capacidad de comprensión.

2. Si el paciente menor de catorce años tiene suficiente juicio para entender el alcance de la intervención sanitaria propuesta, el consentimiento informado será otorgado por el mismo, pero se requerirá la autorización conjunta de los titulares de la autoridad familiar o del tutor; en caso de negativa de alguno de ellos, su autorización podrá ser suplida por el Juez. Contra la voluntad del menor solo será posible practicar intervenciones sanitarias con autorización judicial en interés del mismo.

Si el paciente menor de catorce años no tiene suficiente juicio, solo será posible practicar intervenciones sanitarias cuando lo exija su interés, apreciado conjuntamente por los titulares de la autoridad familiar o el tutor y, subsidiariamente, por el Juez.

3. Las personas menores mayores de catorce años podrán prestar por sí mismas consentimiento informado y otorgar documento de voluntades anticipadas, con la asistencia, en los casos previstos en el artículo 21 de la Ley 13/2006, de 27 de diciembre, de Derecho de la Persona, de uno cualquiera de sus padres que esté en ejercicio de la autoridad familiar o, en su defecto, del tutor. La imposibilidad de prestar la asistencia permitirá al menor solicitarla a la Junta de Parientes o al Juez. Las mismas normas se aplicarán para la revocación del consentimiento informado y para el rechazo de la intervención que les sea propuesta por profesionales sanitarios, en los términos previstos en el artículo 8 de esta Ley.

Si el paciente menor mayor de catorce años no está en condiciones de decidir, la intervención sanitaria solo será posible cuando lo exija el interés del mismo apreciado por uno de los titulares de la autoridad familiar o por el tutor y, subsidiariamente, por el Juez.

4. El proceso de atención a las personas menores de edad respetará las necesidades especiales de estas y se ajustará a lo establecido en la normativa vigente.

Anexo 4

CUADRO RESUMEN SOBRE LA CAPACIDAD PARA PRESTAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

EDAD	QUIÉN TOMA LA DECISIÓN
MAYOR DE 18 AÑOS	
	- El mismo paciente, salvo incapacitación judicial - En función del documento de voluntades anticipadas si existe, o de las voluntades expresadas en la historia clínica - Si existe incapacitación, atender a la sentencia: el consentimiento lo presta el representante
MENOR DE 18 AÑOS	
Menor de 12 años	- Sus padres
Entre los 12 y los 14 años	- Sus padres. Pero si el menor tiene suficiente juicio para comprender el alcance de la asistencia sanitaria su opinión debe ser tomada en cuenta
Entre los 14 y los 18 años (en Aragón)*	- El menor puede prestar el consentimiento con la asistencia de sus padres (si los padres no prestan la asistencia, se solicita a la autoridad judicial) - El menor puede haber firmado un documento de voluntades anticipadas - Si se plantean dudas sobre su capacidad, se puede consultar al Juez o al Ministerio Fiscal

* En el resto de España este apartado se aplica a la edad de 16-18 años