

La evolución de la perspectiva legal argentina respecto de los Testigos de Jehová

Claudia V. Rocca y Mónica V. Santágata

INTRODUCCIÓN

La religión Testigos de Jehová fue fundada en 1872 por Charles Russell en Pittsburg, Pennsylvania, Estados Unidos. En 1945, sobre la base de la interpretación de varios pasajes de la Biblia, sus fieles adoptaron oficialmente la política de no recibir transfusiones, ya sea de sangre alógena o almacenada, por considerar que la sangre es el alma de un ser vivo (según Génesis 2:7, el alma es la persona misma, con su fuerza vital, su cuerpo y sus emociones) y que recibir transfusiones constituye un pecado imperdonable que trae como consecuencia la pérdida de la vida eterna.

La limitación para la atención de pacientes con esta creencia hizo que se perfeccionaran diversas técnicas quirúrgicas que evitan las transfusiones. Así, el 16 de mayo de 1962, Denton A. Cooley y colaboradores realizaron la primera cirugía a corazón abierto “sin sangre” en una paciente Testigo de Jehová; más adelante, en 1970, se consolidaría formalmente la denominada *bloodless surgery* (cirugía sin sangre).

ANTECEDENTES EN LA ARGENTINA

En la Justicia argentina, el primer caso de un paciente Testigo de Jehová se registró en 1975. Se trató de una mujer embarazada, para quien se determinó la obligatoriedad de transfundir en caso de que fuera necesario. Según este fallo, la intervención del médico estaría justificada aun cuando no hubiere orden judicial o mediare oposición del paciente y sus familiares, ya que la abstinencia del profesional lo haría responsable del delito que resultare de su omisión, así como también de la reparación de los daños (La Ley 1976, Tomo A-1).

Diez años más tarde, en 1985, un juez autorizó a transfundir a un menor de edad, que llevaba un mes de vida. En este caso, el magistrado priorizó el derecho a la vida por sobre todas las cosas y opinó que los jueces no pueden permitir, por respetar una creencia religiosa, el abuso de la patria potestad cuando está en juego la vida de un menor (El Derecho 1985, pág. 113-4).

El año siguiente, en diciembre de 1986, ocurre un cambio radical en el criterio aplicado a estos casos, cuando se pronunció la primera sentencia que rechaza el pedido de ordenar una transfusión por considerar que el derecho a la dignidad está por encima del derecho a la vida y dentro

de este es primordial el respeto a las íntimas convicciones religiosas (La Ley 1987, Tomo A pág. 84).

En 1991, el Procurador General de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires dictaminó sobre el tema. Para ello, centró su análisis en el Art. 19 de la Constitución Nacional (acciones privadas de los hombres) y el Art. 19 inc. 3 de la Ley 17.132, que impone a los médicos el deber de respetar la voluntad del paciente en cuanto sea la negativa a tratarse, y el fallo citado en el párrafo anterior, que deja establecido el derecho del paciente a negarse a recibir transfusiones de sangre, si fuera mayor de edad y no privado de discernimiento (Exp. N° 5418/91).

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 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” (Jurisprudencia Argentina 24/4/96).

Un párrafo aparte merece la mención de la Nueva Ley Nacional de Derechos del Paciente N° 26529 (Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud) sancionada el 21/10/2009.

EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Durante los últimos veinte años se ha observado, tanto por parte de los profesionales de la salud como de la comunidad, un creciente interés por la “cirugía sin sangre”, debido a una variedad de razones, tales como motivos religiosos, transmisión de enfermedades infectocontagiosas (hepatitis, VIH, etc.), reacciones inmunológicas postransfusionales, la escasez de sangre en los bancos, etcétera. Los antecedentes legales indican que, en general, los jueces se inclinan por respetar la voluntad del paciente apoyándose en uno de los cuatro principios de la bioética: la autonomía.

Sin embargo, vale la pena destacar que un paciente puede ejercer la autonomía con plenitud y arribar a la toma de una decisión únicamente después de haber reunido toda la información disponible, ofrecida por un profesional de la salud.

Kleinman¹ sostiene que la única forma de lograr un acto terapéutico eficaz es a través del compromiso entre el enfermo y el profesional, que se alcanza solo si la propuesta de recuperación se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo, y si la intervención es aceptable, significativa y satisfactoria tanto para el médico como para el paciente. En los últimos años, en diferentes países, ha ganado terreno la idea de que una buena parte de los llamados “conflictos interculturales”² pueden ser tratados o prevenidos desde la perspectiva de la mediación intercultural,³ por lo cual surgió así la figura del mediador intercultural.

PROCEDIMIENTOS EN EL

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Uno de los ejemplos, tal vez el más significativo en nuestro país de mediación intercultural, que promovió el diálogo interdisciplinario e intercultural en un ámbito sanitario, fue el del Hospital Italiano de Buenos Aires. Allí, el acuerdo intercultural e interdisciplinario se tradujo en normas y procedimientos institucionales acerca del rechazo de la terapia transfusional de los pacientes Testigos de Jehová. En 1999 se creó el Programa de Asistencia Médica Transcultural (PAMT), a cargo de una de las autoras de este trabajo, la doctora Mónica Santágata, quien lo coordinó desde abril de ese año hasta el mismo mes de 2009. Inicialmente, el Programa estuvo destinado a reducir la barrera interlingüística e intercultural entre una población

inmigrante (coreana y china), que estaba afiliada al sistema de seguro médico del Hospital, y el equipo de salud. En 2004, el PAMT agregó técnicas e intervenciones de mediación en casos de conflicto o desacuerdos interculturales. En relación con los Testigos de Jehová, el Programa fue convocado en 2005 para liderar un proceso institucional de mediación intercultural preventiva multiparte, frente al rechazo de transfusiones sanguíneas, manifestado por fieles de esa religión, que estaban afiliados al sistema de salud del Hospital. Dicho proceso interdisciplinario e intercultural culminó con un acuerdo legitimado por las autoridades de la institución y por los Servicios médicos directamente involucrados en la aplicación del “modelo de medicina sin sangre”. Dicho acuerdo se plasmó en la redacción de normas y procedimientos institucionales. La institución se comprometió a respetar esta “diferencia” y por lo tanto a identificar a los pacientes Testigos de Jehová en la historia clínica electrónica, la historia clínica en papel y mediante el uso de pulseras identificadoras durante la internación, para administrarles los cuidados médicos específicos y pertinentes. Adicionalmente, se implementó un relevamiento acerca de la voluntad del afiliado, a través de la firma de las directivas anticipadas, respecto del rechazo a recibir transfusiones de sangre. También se procedió a ratificar el rechazo transfusional de cada paciente en la etapa prequirúrgica inmediata, mediante la firma de un rechazo conformado de transfusión sanguínea para esa intervención.

A MODO DE CONCLUSIÓN

En el Hospital Italiano de Buenos Aires se llevó a cabo, en 2001, el primer caso en Latinoamérica de trasplante hepático “sin sangre” en un paciente Testigo de Jehová. Tanto los Servicios de Cirugía General, como Hematología, Hemoterapia, Anestesiología y el Comité de Bioética del Hospital habían avanzado por separado en la discusión de cómo tratar a estos pacientes. Sin embargo, fue cuando se promovió un diálogo multiparte, interdisciplinario e intercultural, a través de la mediación intercultural, que se llegó a un acuerdo institucional para la confección de las normas y procedimientos.

Estas normas garantizan al paciente Testigo de Jehová que su derecho será respetado y promueve el ejercicio de su autonomía. Asimismo, le brinda al profesional la oportunidad de perfeccionarse en el modelo de tratamiento “sin sangre” y, en los casos en que considere no ser competente, cuenta con las directivas para proceder a la derivación inmediata del paciente a otro profesional competente de la misma institución o, en su defecto, a otra institución médica competente que pueda ofrecer un tratamiento adecuado y oportuno.

Uno de los valores más importantes de abordar esta temática en forma integral es el mantenimiento de un diálogo

permanente entre los representantes religiosos de los Testigos de Jehová, la institución, los médicos y los pacientes, permitiendo un ciclo de mejora constante y una optimiza-

ción de la relación médico-paciente. De esta manera, es posible proteger al profesional en su práctica tanto a nivel ético, como técnico y legal.

REFERENCIAS

1. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1984.
2. "Incompatibilidad –real o percibida– de valores, normas, procesos, objetivos entre –por lo menos– dos partes culturales en lo que respecta a contenidos, identidades, relaciones, procedimientos". Ting-Toomey, S. (1994). Managing intercultural conflicts effectively. En: Samovar LA, Porter RE, editors. Intercultural communication: a reader. 9th ed. Belmont, CA: Wadsworth; 1994. p. 388-99.
3. Santágata M. Comunicación intercultural y relación médico-paciente. Rev Hosp Ital B.Aires. 2008;28(1):2-4.