

## Discriminación por creencias religiosas

José Felipe Solsona Durán

### Introducción

Los Testigos de Jehová son una denominación cristiana milenarista y antitrinitaria surgida dentro del frondoso tronco del cristianismo. Basa su doctrina en la lectura directa de la Biblia y tiene como propósito santificar el nombre de Jehová. Compuesta por 8.700 millones de seguidores, está distribuida por 240 países.

Los Testigos de Jehová rechazan las transfusiones de sangre debido a razones religiosas, ya que afirman que tanto el Antiguo como Nuevo Testamento mandan abstenerse de la sangre. Creen que la sangre es la sede de la vida y consideran preceptivo el mandato bíblico de abstenerse de la sangre por respeto a Dios, origen de la vida. Este rechazo de las transfusiones de sangre, incluso aunque de ello dependiera su vida, ha tenido como consecuencia la muerte de un cierto número de personas. Desde 1961, la aceptación de sangre por parte de un miembro es motivo de expulsión de la comunidad religiosa. La donación de órganos es en la actualidad, sin embargo, una decisión personal, siempre que no incluya transfusiones de sangre.

Las propias comunidades de Testigos de Jehová han establecido un sistema de comunicación con el personal sanitario de los hospitales a través de los llamados "Comités de enlace". Estos acompañan a los pacientes durante su estancia, para ayudarles en sus decisiones. Con frecuencia se ha planteado el problema de si se trata de una mera ayuda o si, por el contrario, a veces se convierte en un medio de presión para que no transgredan sus preceptos religiosos, ya que en caso contrario serán excluidos de la congregación, lo que puede tener graves consecuencias sociales, laborales e incluso familiares para los pacientes.

### Caso clínico

Mujer de 50 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Testigo de Jehová. Sin hábitos tóxicos.

#### *Antecedentes Patológicos*

- Hipertensión arterial diagnosticada en 2009. En tratamiento con tres fármacos. Buenos controles ambulatorios (130/85 mmHg).
- Obesidad.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Bacteriuria por E. Coli y C. Koseri MS. Finalizado tratamiento con amoxicilina/clavulámico.
- Enfermedad renal crónica no filiada en estadio V desde el año 2011. Trasplante renal de donante en muerte encefálica el 13/07/2019.
- Hiperuricemia en tratamiento con alopurinol.
- Anemia crónica en tratamiento con eritropoyetina.
- Alteraciones del Metabolismo fosfocálcico en tratamiento.

### *Enfermedad Actual*

Acude a urgencias por 2 episodios de rectorragias el día 31/07 que le despiertan por la noche. Tras las dos deposiciones no claramente melénicas, con restos sanguinolentos sin coágulos, presenta mareo e inestabilidad sin pérdida de conocimiento, por lo que acude a urgencias. A su llegada esta hemodinámicamente estable, pero presenta episodio de hipotensión 80/20 mmHg que se resuelve tras colocarla en posición de Trendelenburg. No se objetiva nueva exteriorización hemática. Se coloca SNG con salida de bilis, sin restos hemáticos. El día 01/08 por la mañana padece 4 episodios de rectorragia franca de sangre roja abundante, con anemización y hemoglobina de 7.8 g/dl (a su llegada, 9.2 g/dl). Se realiza angioTAC abdominal que muestra sangrado activo a nivel de colon derecho, motivo por el que nos avisan para su valoración y su ingreso en UCI.

### *Exploración física*

Paciente con presión arterial de 120/75 mmHg, taquicárdica (105 lpm) en ritmo sinusal por monitor. Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, con heridas quirúrgicas con buen aspecto, aún con grapas. Eupneica en reposo, con saturación de oxígeno basal 100%.

### *Pruebas Complementarias*

- Analítica al ingreso en urgencias 31/07: glucosa 149mg/dl, urea 278 mg/dl, creatinina 8.79 mg/dl, filtrado glomerular 5ml/min, Na 135mmol/l, K 4.13mmol/l, PCR 1.8mg/dl, hemoglobina 9.2gr/dl, hematocrito 27.1%, leucocitos 7760/UI, plaquetas 135000, tiempo de protrombina 87.8.
- Analítica al ingreso en UCI 01/08: hemoglobina 6.1gr/dl, hematocrito 18%, leucocitos 6390/UI, plaquetas 114000 /mcl.
- GSA al ingreso en UCI: pH 7.30, HCO<sub>3</sub> 11.9mmol/l, pCO<sub>2</sub> 24.6mmHg.
- Sedimento de orina 30/07: Abundantes leucocitos y hematíes, escasas bacterias.
- TAC abdominal 01/08: Se identifica la presencia de un foco de sangrado activo intraluminal en disposición cecal, sin reconocerse lesión intraluminal/mural asociada. Podría tratarse de un sangrado asociado a una angiodisplasia. No se identifican otros puntos de sangrado. Portadora de injerto renal en fosa iliaca derecha. Probable seroma en planos superficiales en hipogastrio. Colelitiasis. Resto, sin focalidad significativa en este contexto.

Se indica transfusión de concentrados de hematíes para optimizar su estado, tanto en caso de endoscopia como de hemorragia masiva, pero la paciente lo rechaza por motivos religiosos, a pesar de habersele explicado exhaustivamente los riesgos de no transfundir en una reunión privada con ella. El tratamiento de elección es una endoscopia baja, pero la paciente no está preparada y el médico endoscopista considera muy escasas las posibilidades de resolución. Ante esta situación, se habla con el hospital de referencia, para su traslado y embolización, pero se niegan a aceptarla por su negativa a recibir transfusión de hemoderivados. Se comenta el caso con el servicio de Cirugía general, ante la posibilidad de tenerla que intervenir quirúrgicamente en caso de no cesar el sangrado. Se administran 1000 mg de ácido tranexámico y 2000 mg de fibrinógeno.

Al día siguiente (2/08) se prepara para colonoscopia, evidenciándose abundantes restos hemáticos y dos úlceras fibrinadas de 10 y de 25 mm sobre la válvula ileocecal.

Se procede a colocación de clips hemostáticos. La hemoglobina en el momento de la realización de la prueba es de 3.8 gr/dl.

Cuatro días después la paciente es dada de alta. Ni en el informe de alta, ni en las anotaciones de la historia clínica consta el rechazo por parte del hospital de referencia al ingreso para realizar la embolización.

### Problemas éticos identificados

- ¿Cuál debe ser la actitud del médico responsable del paciente ante la negativa a realizar una embolización por parte del hospital de referencia?
- En el caso de riesgo de muerte, ¿debe prevalecer la vida sobre cualquier otro valor?
- ¿Existe una discriminación negativa hacia los testigos de Jehová, a causa de su negativa a recibir transfusión sanguínea?
- ¿Debe admitirse una discriminación positiva hacia los testigos de Jehová como compensación a la discriminación negativa que históricamente han recibido?
- ¿Puede el personal sanitario hacer objeción de conciencia?
- ¿Existe criptoobjeción de conciencia debido a que la actitud del personal sanitario supone más un acto de medicina defensiva, que una verdadera objeción moral?
- ¿Es la paciente competente para tomar esta decisión, debido a que presenta una hemoglobina de 3gr/dl?
- ¿Existe una coacción por parte de la comunidad religiosa de los Testigos de Jehová para que el paciente no cambie su decisión de no recibir transfusión sanguínea?
- ¿Deberían reflejar la historia clínica y el informe del alta de la paciente la negativa del hospital de referencia a realizar la embolización, así como el motivo en que basa su decisión?

### Problema ético a analizar

¿Cuál debe ser la actitud del médico responsable del paciente, ante la negativa del hospital de referencia a realizar el procedimiento de embolización?

### Valores en conflicto

Los valores en conflicto son la vida, por un lado, y las creencias religiosas, por el otro.

El médico del hospital de referencia fue de la opinión de que no debía ponerse en peligro la vida de la paciente, debiéndose realizar inmediatamente una transfusión sanguínea, no recurriendo a procedimientos como la embolización, mucho más costosos, lo que supone un mayor consumo de recursos.

El médico responsable de la paciente antepone, por el contrario, la libertad y el respeto a las creencias religiosas a la vida, en una paciente que considera competente.

### Cursos extremos de acción

El primero sería optar por el valor vida, realizando una transfusión sanguínea que al mismo tiempo supondría un menor consumo de recursos. De esta manera la paciente podría ser dada de alta de UCI más precozmente.

El otro curso extremo sería optar por el respeto máximo de la autonomía de una paciente competente, y por tanto de su creencia religiosa, no realizando la transfusión sanguínea, aunque esto tuviera como consecuencia la muerte de la paciente. En la práctica, esto llevaría a realizar una embolización en el hospital de referencia, ya que ello permitiría frenar la hemorragia, evitando la necesidad de transfusión sanguínea.

### **Cursos intermedios**

- Volver a insistir en llamar al hospital de referencia para convencer al jefe de guardia de la necesidad de llevar a cabo la técnica de embolización.
- Persuadir al jefe de guardia de que los valores de los pacientes autónomos y competentes deben ser respetados y que tienen derechos recogidos en la Constitución.
- Exigir al jefe de guardia del hospital de referencia el envío por escrito de la negativa a la realización de la prueba y los motivos.
- Comentarle que esta negativa quedará reflejada en la historia clínica de la paciente.
- Amenazarle con poner en conocimiento de la autoridad judicial su negativa a realizar la prueba.

### **Curso óptimo**

Debe empezarse poniendo en práctica las medidas menos coercitivas, que posiblemente serán suficientes, pidiéndole que envíe por escrito su negativa, informándole de que el hecho constará en la historia clínica y comentándole que la paciente tiene derechos reconocidos que no pueden ser vulnerados.

Si estas medidas no fueran eficaces, anunciarle que el asunto se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial.

### **Pruebas de consistencia**

El curso óptimo adoptado es legal, lo podemos defender y argumentar públicamente y se realizaría de igual modo en cualquier otro momento temporal.

### **Reflexiones finales**

Existe en nuestros hospitales una discriminación negativa histórica hacia los Testigos de Jehová, por el hecho de no respetar sus valores cuando se niegan a recibir transfusiones sanguíneas. Ello es debido a dos motivos fundamentalmente. Por un lado, al conflicto de valores entre vida y libertad. Por el otro, el temor a recibir demandas legales por haber permitido una muerte que podría haber sido evitada fácilmente con una transfusión sanguínea.

De ambos motivos, el que más suele pesar en los profesionales es el miedo a la demanda judicial. De hecho, el conflicto de valores entre vida y libertad se da muy frecuentemente en nuestros hospitales, ya que se admite sin problemas legales ni morales la limitación de tratamientos y las voluntades anticipadas, aun en el caso de que estas lleven aparejada la muerte del paciente, debido a su deseo de no recibir más tratamiento. En ambos casos los pacientes rechazan o aceptan libremente tratamiento en función de sus valores.

El temor a las demandas judiciales es en mi opinión el detonante que hace que el profesional sanitario se niegue a respetar los valores de los pacientes. Se explica así

que en algún hospital haya órdenes explícitas por parte de gerencia de que la totalidad de un Servicio haga objeción de conciencia, en caso de que un Testigo de Jehová se niegue a recibir una transfusión sanguínea que precisa. De este modo, la objeción, que por su propia naturaleza no puede ser más que individual, se convierte en colectiva. Se trata de una expresión más de la medicina defensiva, en este caso encubierta bajo el ropaje de la objeción de conciencia, que, además, como no es una verdadera objeción “de conciencia”, debe considerarse “criptoobjeción”. Conviene saber que los Testigos de Jehová no buscan la confrontación con los sanitarios. Suelen ser muy cuidadosos de su salud y aceptan de buen grado la mayor parte de los tratamientos que se les proponen, exceptuando las transfusiones. Hasta la fecha nunca han emprendido acciones legales contra los sanitarios que han accedido a tratarles sin sangre.

Es frecuente que el respeto de los valores religiosos de los Testigos de Jehová genere un mayor consumo de recursos. En este caso concreto, la anemia crítica puede ser resuelta fácilmente, pero precisará de una mayor estancia en la UCI, mayor número de exploraciones complementarias, quizá procesos quirúrgicos, que cuando se requieren han de realizarse minimizando las pérdidas sanguíneas. Bien es verdad que esto último resulta deseable no solo en los Testigos de Jehová, sino en toda operación quirúrgica. Este conjunto de medidas particulares puede llevar a una discriminación positiva de estos pacientes. Estas discriminaciones positivas son no solo permisibles sino hasta necesarias para compensar otras discriminaciones negativas sufridas por esas personas o grupos a lo largo del tiempo. Tal es el caso de las cuotas de género en puestos laborales que han sido aprobadas por Ley Orgánica en 2007. En el presente caso, la posible discriminación positiva que haya podido existir con esta paciente, no hace sino compensar la discriminación negativa de que fue objeto por parte del médico del hospital de referencia.

Resulta obvio que para ejercer la paciente el principio de autonomía, debe poseer el máximo nivel de competencia, ya que rechaza un tratamiento claramente indicado. Para ello se han de seguir unos protocolos que garanticen la ausencia de coacción por parte de familiares o de miembros del grupo religioso, de modo que la decisión final sea auténtica. Esto exige dar la información en un entorno privado, evitando la coacción que pudieran ejercer familiares y comités de enlace. Podría llegarse a ofrecer a la paciente una transfusión sanguínea en el caso que la situación se agravase, con la promesa de que el acto quedaría en el ámbito privado entre el profesional y la paciente. Sin embargo, esto último es de difícil cumplimiento en el seno de un hospital público. Por otro lado, el nivel de hemoglobina de 3gr/dl pudiera ser un motivo para poner en duda su competencia, pero no hay que olvidar que la decisión se tomó con unos niveles aceptables de esta (9 gr/dl), y no hay motivo para pensar que hubiera cambiado después de opinión.

Por último, los cursos intermedios adoptados en este escenario clínico tienen como objetivo salvar los dos valores en juego, evitando los cursos extremos. El curso elegido por el médico del hospital de referencia es extremo, y resulta no solo inmoral sino también ilegal. Pero no lo es menos la del médico que propusiera la embolización pero no intentara persuadir a la paciente, haciéndole ver la gravedad de su situación. La conciencia clara por parte de los profesionales de que con esta paciente no se ha actuado con las normas morales exigibles, pudiera ser la causa que la negativa a realizar embolización por parte del hospital de referencia no conste en la historia clínica y tampoco en el informe de alta. Cualquier persona que lea el informe de alta podrá considerar intachable la forma de actuar de ese hospital, por más que su conducta haya estado muy alejada de la excelencia que la sociedad nos debe exigir.