

---

## SECCIÓN ABIERTA

---



## DERECHOS DEL PACIENTE: ESPECIAL REFERENCIA A LA LEGISLACIÓN ECUATORIANA

PATIENT RIGHTS: SPECIAL REFERENCE TO THE ECUADORIAN  
LEGISLATION

JUAN MANUEL ALBA BERMÚDEZ\*

Doctorando en Ciencias Sociales y Derecho. Facultad de Derecho.  
UNED

Profesor Titular de Bioética Universidad de las Américas  
Quito - Ecuador

**Resumen:** El estudio tiene la finalidad de evidenciar los diferentes derechos que tiene el paciente en el sistema sanitario de la República del Ecuador. Son muchos los dilemas suscitados cuando un paciente rechaza un tratamiento médico, este planteamiento suele originar números inconvenientes no solo para los médicos, sino también, para el paciente y por extensión al juez de turno que le compete conocer el caso. De tal manera, que hablar de la negativa a recibir tratamiento médico suele ser un tema muy controvertido y de variadas opiniones. Una de las situaciones más controvertida en los centros hospitalarios del Ecuador se presenta cuando un paciente Testigo de Jehová rechaza una transfusión sanguínea, al ser incompatible esta *praxis* médica con los dictámenes de su conciencia educada en la biblia. En este ar-

---

\* Profesor titular e investigador de bioética y legislación en biotecnología de la Facultad de Derecho en la Universidad de las Américas (Ecuador). Licenciado en Derecho y Máster en Derechos Fundamentales, con especialidad en bioderecho-UNED. Máster en prácticas jurídicas y ejercicio de la abogacía, con especialidad en Derecho Matrimonial. Estudios de Derechos Humanos en la Université Catholique de Lyon.

título analizaremos como la legislación ecuatoriana persigue lograr una relación médico-paciente basada en la cooperación y el respeto.

**Abstract:** The purpose of this article is to analyze the rights that a patient has in the health care system in the Republic of Ecuador. There are many dilemmas that arise when a patient rejects a medical treatment. This approach is usually an inconvenience not only for doctor but also for the patient and by extension to the judge on duty. When we speak about refusal of medical treatment, in most cases, this triggers different opinions and arguments can arise. One of the most common situations in the hospitals of Ecuador occurs when a person who is a Jehovah's Witness rejects a blood transfusion, which goes against his or her conscience educated by means of the Bible.

In this article we will discuss how the Ecuadorian legislation aims to achieve a doctor-patient relationship based on cooperation and respect.

**Palabras claves:** Ecuador. Bioderecho. Paciente. Testigos de Jehová. Bioética.

**Keywords:** Ecuador. Biolaw. Patient. Jehovah's Witnesses. Bioethics.

**Sumario:** I. Introducción. II. Ecuador. II.1. Legislación ecuatoriana. II.2 Situación actual en el Ecuador. III. Los Testigos de Jehová. III.1. Un planteamiento religioso. III.2. Un dilema con solución. IV.1. Datos científicos. V. Conclusiones.

Recepción original: 7/10/2016.

Aceptación original: 10/10/2016.

## I. INTRODUCCIÓN

Hablar de los derechos del paciente no es algo reciente e innovador de nuestra década, ni tan siquiera de este siglo, es un derecho perseguido por el ser humano a lo largo del tiempo. Al igual que un glaciar va formándose con el transcurso del tiempo hasta llegar a estar plenamente formado<sup>1</sup>, se puede decir, que lo mismo ha sucedido con los derechos del paciente.

Ya en épocas romanas existía una incipiente preocupación del Estado por la protección de los enfermos, que ingenuamente se dejaban

---

<sup>1</sup> MOYA, Vicente, *Los derechos del enfermo, real academia nacional de medicina*, Madrid, 1993, pág. 25.

aconsejar. El emperador Cornelio Sylla, en el año 672, aplicó la *lex Cornelia de sicariis*, con el fin de castigar a los que vendieren públicamente drogas dañosas<sup>2</sup>, alegando fines medicinales, y de alguna manera, perjudicaran al enfermo mediante tretas engañosas.

Corriendo el tiempo y a lo largo de la historia contemporánea, el acceso a la sanidad se consideraba un privilegio, en la cual, el paciente agradecía cualquier tratamiento o ayuda<sup>3</sup> por precaria que esta fuere. Hoy día, la situación ha cambiado drásticamente al considerarse la salud como un derecho fundamental en la mayoría de ordenamientos jurídicos occidentales. Numerosas legislaciones a lo largo del planeta reconocen derechos a los pacientes, derechos que deben ser garantizados por el Estado y ejecutados por el personal sanitario.

Muchas han sido las declaraciones, pactos y convenios internacionales que contribuyeron a sentar la base de los derechos del paciente en la actualidad. Destacando principalmente: la Declaración de Helsinki o Código Ético de la Asociación Médica Mundial (1964); Código de Londres (1949); Código de Núremberg (1947); La Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>4</sup> (1948); Declaración del Comité Permanente de Médicos de la CEE de (1967); Declaración de Sídney (1968); Declaración de Oslo (1970); Derechos de los enfermos y moribundos (1976); Declaración de Lisboa sobre derechos de los pacientes (1980)<sup>5</sup>; Convenio de Oviedo (1997)<sup>6</sup>, etcétera.

Toda la normativa jurídica internacional mencionada anteriormente, acompañada de otras propias del continente americano, ha contribuido en su conjunto al fortalecimiento de una legislación oportuna en el Ecuador, que como no podía ser de otro modo, respete y garantice los derechos de los pacientes.

<sup>2</sup> LAGRANGE, Eugéne., *Manual de derecho romano, de Victoriano Suarez*, Madrid, 1870. P. 643.

<sup>3</sup> MATEOS, Manuel., *Los derechos del paciente, anales médicos*, México, 1996, pp. 123-125.

<sup>4</sup> Como señala D. Gómez: «la Declaración Universal de los Derechos Humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones.» GÓMEZ, D., *Personal de servicios generales*, Madrid, Mad, 2006, pág. 227.

<sup>5</sup> MÉNDEZ, Victor., *Bioética y derecho*, Barcelona, Uoc, Barcelona, pág. 66.

<sup>6</sup> DOMÍNGUEZ, Andrés., *Derechos sanitario y responsabilidad médica: (comentarios a la Ley 41/2001, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica)*, Valladolid, Lex Nova, pág. 34.

## II. ECUADOR

### II.A. Legislación ecuatoriana

La actual Constitución de la República del Ecuador de 2008<sup>7</sup>, reconoce la universalidad del derecho a la salud, siendo un deber prioritario del Estado (art. 3); estableciendo en su artículo 362 que «los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, garantizando el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información del paciente (...) siendo universales y gratuitos». Ampliando el art. 366 que el sistema de salud tiene que ser «oportuno, regular y suficiente».

A parte de la Constitución, existe una variada normativa internacional ratificados por el Estado ecuatoriano, con plenos efectos vinculantes ante los tribunales ordinarios del país. Es heterogénea, y en cierto modo dispersa la normativa jurídica interna en el Estado ecuatoriano, que siguiendo los principios constitucionales, reconocen y garantizan derechos a los pacientes establecidos en la Carta Magna. Una de las legislaciones, a este respecto, más garantistas es la ley ecuatoriana de Derechos y Amparo al Paciente (Ley 77)<sup>8</sup>, en sus diecisiete artículos reconoce derechos a las personas que acudan a los servicios públicos y privados de salud. Tan solo en sus consideraciones iniciales establece:

«Que, los pacientes tienen derecho a conocer en los servicios de salud, la naturaleza de sus dolencias, el diagnóstico médico y las alternativas de tratamiento, respetando su privacidad y dignidad.»

La citada ley alude al derecho del paciente al ser tratado con dignidad, respeto, esmero y cortesía (art. 2); no discriminado<sup>9</sup> (art. 3); confidencialidad (art. 4); vocabulario comprensible y entendibles (art. 5); derecho a decidir o negarse a un tratamiento médico (art. 6); y ser atendido en caso de emergencia (art. 12).

---

<sup>7</sup> Redactada en la ciudad costera de Montecristi, lugar de nacimiento del ex presidente de la República del Ecuador, Eloy Alfaro. Conocido por sus grandes reformas laborales, lucha contra la explotación e inclusión de la mujer en el mundo laboral. MONTES DEL CASTILLO, Ángeles., *Ecuador Contemporáneo, análisis y alternativas actuales*, Murcia, Universidad de Murcia, 2009, pág. 332.

<sup>8</sup> Fecha de publicación 3 de febrero de 1995; última reforma el 22 de diciembre de 2006.

<sup>9</sup> Por motivos de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica. (art. 3 Ley de derechos y amparo del paciente).

En el año 2000, se publica en el Ecuador el Reglamento General de Unidades Médicas del IESS<sup>10</sup> (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social). En dicho reglamento se establece la necesidad de formar un comité de bioética en *todos* los hospitales pertenecientes al seguro social, concretando en su artículo 65, que entre sus responsabilidades se encuentra «la vigilancia y salvaguarda de los derecho del paciente»

La Ley de Ejercicio Profesional de Enfermeras y Enfermeros<sup>11</sup>, en el artículo 13, establece que son obligaciones de los profesionales de la salud, entre otros:

«Ejercer su profesión aplicando los principios éticos, morales y de respeto a los derechos humanos del paciente; (...) garantizando una atención personalizada y de calidad.»

El Código de Ética Médica Ecuatoriana, estipula la obligatoriedad del médico de respetar las creencias religiosas e ideológicas del paciente (art. 13); no realizar intervención quirúrgicas sin el consentimiento del paciente o su familiar (art. 15); advertir del diagnóstico (art. 19); explicar los beneficios institucionales en el ámbito médico (art. 21); confidencialidad (art. 71); etcétera.

En la misma línea, la Ley Orgánica de la Salud<sup>12</sup>, dedica el capítulo III a los Derechos y Deberes de las Personas y en Estado en Relación con la Salud. El artículo 7 del mismo cuerpo legal establece que «toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:» mencionando explícitamente: el respeto a la dignidad, autonomía, privacidad e intimidad, cultura, derechos sexuales, información referente a las alternativas médicas, asesoría personalizada, historia clínica, ejercer la libre autodeterminación de su voluntad, tomar decisiones con respecto a tratamientos y diagnósticos, atención inmediata y a no ser objeto de prueba, entre otros muchos.

Complementando el artículo 201 de la citada norma legal:

«Es responsabilidad de los profesionales de la salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes

---

<sup>10</sup> Publicado el 14 de abril del 2000, su última reforma 30 de diciembre de 2011. Resolución del IESS No. 311, publicada en Registro Oficial 180 de 27 de abril del 2010.

<sup>11</sup> Publicado el 19 de febrero de 1998, su última reforma 6 de octubre de 2010.

<sup>12</sup> Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423; publicado el 22 de diciembre de 2006, última reforma 24 de enero de 2012.

y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos.»

Una importante novedad de la L.O.S es la incorporación de sanciones administrativas y penales para el personal médico, siempre y cuando el profesional de la salud incumpla sus obligaciones y deberes constitucionales.

El Plan Nacional del Buen Vivir<sup>13</sup> 2013 -2017, establece el Derecho del paciente a ser atendido con amabilidad y paciencia, incluso ser atendido en su idioma nativos<sup>14</sup>.

La reciente publicación de la Tipología para homologar establecimientos de salud por Niveles<sup>15</sup>, realizado por el Ministerio de Salud Pública, reconoce atendiendo a los artículos 32, 361, 362 de la Constitución<sup>16</sup> que:

«Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado...»

En base a lo expuesto, se entiende que un centro de salud *nunca* podrá ser acreditado oficialmente por el organismo competente (Ministerio de Salud Pública), si anula o manipula la decisión del paciente manifiesta en su consentimiento informado. De actuar contrario a la autonomía del paciente, estaría en juego el cierre y suspensión de las actividades sanitarias de dicho lugar.

Aludir al consentimiento informado es un aspecto llamativo y decisivo para todas las unidades sanitarias, el respeto a dicho documento no es exclusivamente obligatorio en los grandes centros hospitala-

---

<sup>13</sup> Resolución 2, Registro Oficial Suplemento 78; fecha de publicación 11 de septiembre del 2013.

<sup>14</sup> La Constitución de la República del Ecuador, establece el castellano como idioma oficial, junto con el Kichwa y el shuar. Los idiomas ancestrales son oficiales para los pueblos indígenas, (art. 2)

<sup>15</sup> Acuerdo Ministerial 1203, Registro Oficial 750; fecha de publicación 20 de julio de 201, su última reforma 29 de agosto de 2013.

<sup>16</sup> Art. 32: «La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir». Art. 361: El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de la entidades del sector». Art. 362: «La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicina ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información del paciente».



rios de referencia nacional, sino que independientemente la categoría que obtenga, todos tienen que garantizar los mismos derechos. El respeto a la autonomía del paciente<sup>17</sup> no están vinculados al número de especialidades médicas o a la afluencia de pacientes, ni tan siquiera a los medios tecnológicos disponibles, sino que *todos* los servicios de salud tienen la obligación de garantizarlos (Derechos), ya esté ubicado en una zona rural o en una gran ciudad.

En la República del Ecuador el paciente tiene derechos, no por su enfermedad o condición física, sino por el mero hecho de ser persona<sup>18</sup> independientemente su nacionalidad<sup>19</sup> u origen. No podemos olvidar que el paciente pese a encontrarse a merced del personal médico no merman sus derechos civiles y políticos<sup>20</sup>. Es por ello, que la autoridad competente tuvo a bien aprobar el Reglamento de Registro Sanitario para Medicamentos en General<sup>21</sup>, con el fin de asegurar una total comprensión por parte del usuario (paciente) de lo suministrado. En su artículo 35, el citado Reglamento establece que todos los fármacos debe incluir información básica, en términos fácilmente comprensible por el paciente»

Con dicha legislación, no solo se reconoce el derecho a recibir información comprensible y en términos razonablemente entendibles, sino también, el vocabulario de los fármacos tiene que garantizar dicho derecho. Es un gran avance comprender que un paciente no es únicamente aquella persona que se encuentra ingresada<sup>22</sup> en centros sanitarios, igualmente, son pacientes aquellas personas que se halla bajo atención médica<sup>23</sup>, aunque no se encuentren hospitalizadas.

No podemos olvidarnos, al hablar esta temática, de los menores de edad. Nos referimos cuando un joven menor de 18 años<sup>24</sup>, accede a un

<sup>17</sup> Principio consagrado por Beauchamp y Childress en 1979. Considerado un principio básico de la bioética, junto con los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia. PARDO, Antonio., *Cuestiones básicas de bioética*, Navarra, Instituto de ciencias para la familia, 2010, Págs 57 ss.

<sup>18</sup> Véase MARTÍNEZ, Narciso., «La dignidad de la persona ante el desafío de la biotecnología», *Misión Jurídica*, 2008, págs. 159-170.

<sup>19</sup> Según Carl Rogers el respeto implica «el aprecio de la dignidad y valores del paciente y su reconocimiento como persona». CIBANAL, Luis., *La relación enfermera-paciente*, Medellín, Universidad de Antioquia, 2009, pág. 53.

<sup>20</sup> BUNGE, Mario., *Filosofía para médicos*, Gendisa, Barcelona, 2012, pág. 177.

<sup>21</sup> Acuerdo Ministerial 586, Registro Oficial Suplemento 335; fecha de publicación 7 de diciembre de 2010, con su última reforma 15 de marzo de 2014.

<sup>22</sup> ARIAS, Jaime., *Generalidades médico-quirúrgicas*, Albacete, Tébar, 2001, pág. 349.

<sup>23</sup> Definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, (2001).

<sup>24</sup> El código civil ecuatoriano establece en el artículo 21 la mayoría de edad a los dieciocho años.

centro sanitario, en ese momento sus derechos tienen que ser reconocidos y respetados, independientemente de la edad, comprensión y capacidad intelectual. El Código ecuatoriano de la Niñez y Adolescencia<sup>25</sup>, reconoce en su art. 80 que:

«Los exámenes médicos legales a un niño, niña o adolescente, se practican en estrictas condiciones de confidencialidad y respeto a la intimidad e integridad física y emocional del paciente».

Contemplar el principio de intimidad y confidencialidad al menor sienta indudablemente las bases de un reconocimiento implícito del principio de autonomía<sup>26</sup>. Esperemos que pronto en el Ecuador, ya sea por parte del legislativo o por jurisprudencia, se reconozca la libre autodeterminación del menor adulto, siempre y cuando el menor sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender la realidad su situación<sup>27</sup>.

## II.B. Situación actual en el Ecuador

Como se ha podido apreciar, son abundantes las referencias que el ordenamiento jurídico ecuatoriano dedica a los derechos del paciente. Al tratarse de un derecho fundamental se le otorga una especial protección, y es uno de los temas prioritarios del gobierno<sup>28</sup>. De hecho, el Código Orgánico Integral Penal tipifica como delito la desatención del servicio de salud, específicamente el art. 218 establece:

«La persona que, en obligación de prestar un servicio de salud y con la capacidad de hacerlo, se niegue a atender a pacientes en estado

---

<sup>25</sup> Ley 100, Registro Oficial 737; publicado el 03 de enero de 2003, su última reforma el 10 de febrero de 2014.

<sup>26</sup> DOMINGUEZ, Andrés., *Derechos y deberes del profesional sanitario y de los pacientes de Castilla y León, 2009*, Valladolid: Lex nova. pág. 107.

<sup>27</sup> JERICÓ, Leticia., *El conflicto de conciencia ante el derecho penal*, Madrid: La ley, 2007, pág. 499.

<sup>28</sup> Entre los objetivos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador destacan: «Incrementar los mecanismos para la implementación del Modelo de Gestión en el Ministerio de Salud Pública; incrementar las capacidades y competencias del talento humano; incrementar la eficiencia, eficacia y calidad de las actividades operativas del Ministerio de Salud Pública; incrementar la eficiencia y calidad del Sistema Nacional de Salud; reducir la brecha de acceso universal a la salud; incrementar los niveles de seguridad de los productos de consumo humano; incrementar la vigilancia, control, prevención y la promoción de la salud. Ministerio de Salud Pública <http://www.salud.gob.ec/objetivos/> (22 de mayo 2014)

de emergencia, será sancionado con pena privativa de libertad de uno a tres años»<sup>29</sup>.

Y de manera más explícita el artículo 146 se sanciona la «inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o *lex artis* aplicable a la profesión»<sup>30</sup>.

El Ecuador hasta la presente, no dispone de un sistema sanitario desarrollado y tecnológicamente avanzado en la compleción de su territorio. Es por ello, que se encuentra limitado y mermado en la intervención, diagnóstico y prevención de determinadas enfermedades. Ante esta necesidad, se ha creado un programa de red solidaria, cuyo fin es el financiar la cobertura internacional de usuarios en condiciones catastróficas<sup>31</sup>. De esta manera, se garantiza el derecho al paciente a recibir información y atención médica de calidad, ya sea en el Ecuador o en el extranjero. De existir un tratamiento médico en otro país, puede acudir a esta «red solidaria» y ser trasladado a fin de obtener un mejor diagnóstico.

### III. LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ

#### III.A. Un planteamiento religioso

Los Testigos de Jehová es una religión ampliamente aceptada y reconocida en la mayoría de los países democráticos<sup>32</sup>. Recibieron el nombre de «Testigos de Jehová» en el año 1931<sup>33</sup> por aplicación de la cita Bíblica de Isaías 43:10 que utiliza la expresión: «ustedes son mis testigos (...)»<sup>34</sup>

---

<sup>29</sup> De producirse la muerte de la persona como consecuencia de su desatención, la pena privativa de libertad será de trece a dieciséis años.

<sup>30</sup> Se sanciona con pena privativa de libertad de tres a cinco años.

<sup>31</sup> El mismo define condiciones catastróficas como: «Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, todo tipo de valvulopatías cardíacas; todo tipo de cáncer; tumores cerebrales en cualquier estadio y de cualquier tipo; insuficiencia renal crónica; trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea; secuelas de quemaduras graves; malformaciones arteriovenosas cerebrales; síndrome de Klippel Treunaunay; aneurisma toracoabdominal».

<sup>32</sup> MARTÍN, Isidro., *La libertades de pensamiento, de conciencia y de religión en el ordenamiento jurídico internacional*, en Ministerio de Justicia (2001), Proyección nacional e internacional de la libertad religiosa. Madrid: Imprenta nacional de boletín oficial del Estado, 2011, pág. 50.

<sup>33</sup> LLAU, Juan; TORNERO, Fernando; PÉREZ-SOLAZ, Ana (...) *Transfusión sanguínea y técnicas de autotransfusión*, En L. Torres (ed.) - Tratado de Anestesia y reanimación. Madrid: grupoaran, 2001, pág. 1563.

<sup>34</sup> HERNANDO, Carlos., *Cirugía Trauma*, Medellín, Iudea, 2004, pág. 138.

En el ámbito médico, si por algo son conocidos los testigos de Jehová es por su negativa a recibir transfusiones de sangre<sup>35</sup> alogénica<sup>36</sup>. Dicha postura ha suscitado algunos inconvenientes para aquellos hospitales que imprudentemente se niegan a respetar la conciencia del paciente, y a la vez, se encuentran obsoletos en técnicas no transfusionales.

Con el propósito de entender bien el punto de vista religioso de los testigos de Jehová, la página web oficial los define como:

«(...) personas de distintos países, culturas y lenguas que tenemos los mismos objetivos. Sobre todo, queremos honrar a Jehová, el Autor de la Biblia y el Creador del universo. También nos esforzamos por imitar a Jesucristo y consideramos un privilegio llamarnos cristianos. Cada uno de nosotros dedica tiempo a ayudar a la gente a aprender más sobre la Biblia y el Reino de Dios. Como damos testimonio acerca de Jehová Dios y su Reino, se nos conoce como testigos de Jehová»<sup>37</sup>.

Aunque a nivel mundial, los Testigos de Jehová son personas conocidas por ser buenos ciudadanos, personas honradas y portar elevados principios morales; en la actualidad, su postura médica puede presentar conflictos médico – paciente, que origine un sinnúmero de prejuicios sociales. El dilema se produce cuando un Testigo de Jehová se niega a recibir un tratamiento médico que implique el uso de sangre alogénica, y el personal médico se niega a aceptar su petición, situación que en algunos casos ha terminado en los tribunales<sup>38</sup>.

Cuando un paciente rechaza un tratamiento médico, se abren automáticamente varios frentes; por un lado el derecho del paciente a decidir, conocido como el principio de autonomía (libertad) y por otro lado, la responsabilidad y deber del médico de salvar la vida del paciente<sup>39</sup>. En este momento, entra en puja varios derechos fundamentales: la autodeterminación del paciente, libertad y dignidad,

---

<sup>35</sup> APPIAH, Kwame., *La ética de la identidad*, Buenos Aires, Katzeditores, 2007, p.145.

<sup>36</sup> «Se llama donación de sangre alogénica a la sangre que es donada por una persona y que luego de ser examinada y de que se la encuentra adecuada para su transfusión, se coloca en el banco de sangre para ser transfundida a otra persona». GROSAN, Paula., *Cuatro tramas: orientación para leer, escribir, traducir y revisar*, 2009, Buenos Aires, p.123.

<sup>37</sup> ¿Quiénes somos los Testigos de Jehová? <http://www.jw.org/es> (20 de mayo de 2014).

<sup>38</sup> RUIZ, Eduardo., *La diversidad religiosa en el País Vasco: nuevos retos sociales y culturales para las políticas públicas*, Bilbao, Universidad de Deusto, 2011, pág. 41.

<sup>39</sup> PÉREZ, Antonio., *Medicina transfusional*, Madrid, Medica panamericana, 2010 p.144.

versus el derecho a la vida. Frente a esta disyuntiva se tendrá que valorar los principios bioéticos que están implícitos en esta situación.

La negativa a recibir una transfusión de sangre obedece al mandato de Dios que se encuentra en los libros de Génesis 9:3-4; Levítico 17:10-14 y Hecho de los Apóstoles 15:28,29<sup>40</sup>, donde se destaca la prohibición de ingerir sangre<sup>41</sup>, ya en el Siglo I el cristianismo primitivo obedecía este principio Bíblico.

Por ello, cada Testigo de Jehová de manera personal toma una postura siguiendo los dictámenes de su conciencia<sup>42</sup> educada en biblia, rechaza cualquier tratamiento que implique el uso de sangre alógena. De la misma manera, objetan el almacenamiento de sangre autóloga<sup>43</sup> para su posterior utilización, al igual que los componentes principales de la sangre como el plasma, glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas<sup>44</sup>.

---

<sup>40</sup> Según la versión de la biblia Nácar Colunga: Génesis 9:3,4: «Cuando vive y se mueve os servirá de comida; y asimismo os entrego toda verdura. Solamente os abstendréis de comer carne con su alma, es decir, su sangre». Levítico 17:10-14: «Todo hombre de la casa de Israel o de los extranjeros que habitan en medio de ellos, que coma sangre de un animal cualquiera, yo me volveré contra el que come sangre y le borraré de en medio de mi pueblo, porque la vida de la carne está en la sangre, y yo os he mandado ponerla sobre el altar para expiación de vuestras almas y la sangre expía en lugar de la vida. Por eso he mandado a los hijos de Israel: Nadie de entre vosotros ni de los extranjeros que habiten en medio de vosotros comerá sangres. Todo hombre de entre los hijos de Israel, o de los extranjeros que habitan en medio de ellos, que cazare un animal o un ave puros, verterá la sangre y la cubrirá de tierra; porque la vida de toda carne es la sangre; en la sangre está la vida. Por eso he mandado yo a los hijos de Israel: No comeréis la sangre de carne alguna, por la vida de toda carne es la sangre; quien la comiere será borrado». Hechos de los Apóstoles 15:28,29: «Porque ha parecido al Espíritu Santo y a nosotros no imponeros ninguna otra carga más que éstas necesarias: que os abstengáis de las carnes inmoladas los ídolos, de sangre y de lo ahogado, y de la fornicación, de la cual haréis bien en guardaros. Salud».

<sup>41</sup> RETAMALES, Avelino., «Respeto a la autonomía que tienen los pacientes que rechazan tratamientos médicos por convicciones religiosas». Chile, *revista chilena de cirugía*, 52, p.100.

<sup>42</sup> BAUCCELLS, Joan., *La delincuencia por convicción*, Barcelona, Universidad Autònoma de Barcelona, 2000, p.214. Básicamente se usan dos métodos para realizar la transfusión autóloga. El primero es cuando se extrae la sangre un mes antes de la transfusión. Y la segunda cuando se extrae la propia sangre para congelar los hematíes. MOLLISON-Transfusión de sangre en medicina clínica. Barcelona: Reverté, 1987,p.9

<sup>43</sup> Se entiende por sangre autóloga como «el almacenamiento y posterior reinfusión de la propia sangre». SHEPHARD, Robert., *La resistencia al deporte*, Barcelona, Paidotribo. 1996, pág. 224.

<sup>44</sup> TORRES, Luís., *Tratado de anestesia y reanimación*, Madrid: Arán, 2001, pág. 67.

### III.B. Un dilema con solución

Lo mencionado no es óbice para concluir precipitadamente que los Testigos de Jehová se oponen a cualquier tipo de tratamiento. El Director de servicio de información sobre hospitales en Chile, el Dr. Avelino Retamales, manifiesta lo siguiente:

«algunos Testigos de Jehová han aceptado factores menores de sangre como son las inmunoglobulinas, albúminas, preparados para los hemofílicos, etcétera, y los sofisticados aparatos de circulación extracorpórea, puesto que lo consideran como una extensión temporal de su propia circulación (...)» (Retamales, 2000, p.100).

No obstante, como señala la revista chilena de cirugía, los testigos de Jehová no se oponen a la medicina, más bien tienen una buena actitud hacia ella, pues aceptan el 99,9%<sup>45</sup> de los tratamientos sin sangre, y buscan alternativas médicas para mejorar su salud. Existen informes donde se ha practicado de manera exitosa trasplantes de corazón, riñón, e hígado sin transfusión de sangre alógena.

A fin de respetar la postura de los testigos de Jehová, es habitual acudir a los sustitutos de la sangre, entre ellos destacan «las soluciones cristaloides y los productos obtenidos por tecnología de ADN recombinantes»<sup>46</sup>.

A nivel mundial han sido varios los casos llevados ante los tribunales por los testigos de Jehová, al no respetar su decisión (derechos). Uno de los más conocidos han sido el juicio Brooks; Malette v. Shulman<sup>47</sup>. En Latinoamérica, hasta el momento solo Chile, Uruguay, Ar-

---

<sup>45</sup> RETAMALES, Avelino., «Respeto a la autonomía que tienen los pacientes que rechazan tratamientos médicos por convicciones religiosas», Chile, *revista chilena de cirugía*, 52, 2000, p.100.

<sup>46</sup> RODRÍGUEZ, Héctor., *El banco de sangre y la medicina transfusional*, 200,4 Santa Fe de Bogotá, Panamericana. P p.4.

<sup>47</sup> En el Caso Brooks, el Tribunal Supremo de Illinois reconoce por primera vez en Estados Unidos el derecho del paciente a rehusar un tratamiento, manifestando: «La Primera Enmienda de la Constitución de los Estados Unidos (...), protege el absoluto derecho de cada individuo a la libertad de su creencia religiosa y el ejercicio de la misma, sujeto solamente a la calificación de que el ejercicio de la misma esté apropiadamente limitado por acción gubernamental cuando ese ejercicio ponga en peligro, clara y actualmente, la salud, el bienestar o la moral pública». El en Caso Malette v. Shulman, el tribunal de Apelación de Ontario en Canadá estableció: «Un adulto competente generalmente tiene el derecho de rechazar un tratamiento específico o cualquier tratamiento, o de seleccionar una forma alternativa de tratamiento, aun si la decisión pudiera acarrear consigo riesgos tan serios como la muerte o pudiera parecer equivocada ante los ojos de la profesión médica o de la comunidad. Independientemente de la opinión del doctor, es el paciente quien tiene la palabra final en

gentina y Perú, han reconocido el derecho a negarse a una transfusión de sangre por motivos de conciencia<sup>48</sup>.

En resumen, se puede mencionar que gracias al trabajo de los testigos de Jehová, hoy en día existe un mayor respeto al principio de la libre autonomía del paciente, siendo los pioneros en reclamar la necesidad del consentimiento informado<sup>49</sup> en los hospitales.

#### IV. TRATAMIENTO ALTERNATIVO AL USO DE LA SANGRE

##### IV.A. Datos científicos

En pleno siglo XXI, son muchos los avances quirúrgicos que permiten evitar el uso de transfusiones de sanguíneas. Para ello, el catedrático de la Universidad Autónoma de Madrid y Presidente de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), el Dr. F. Gilsanz, establece cinco puntos para minimizar la pérdida sanguínea<sup>50</sup> y evitar la transfusión de sangre.

---

cuanto a someterse al tratamiento». RETAMALES, Avelino., «Autonomía del paciente: ejemplo de los Testigos de Jehová», Chile: *Revista chilena de cirugía*, 2004, 55, p43.

<sup>48</sup> En Chile, la Corte de Apelación de Santiago Rol 805-96 establece que: «nadie puede ser forzado a defender su propio derecho». En Uruguay, el Juzgado de Primera Instancia de lo Penal, de Montevideo, 5 de marzo de 1997, manifiesta que: «El respeto de las convicciones religiosas o ideales que no implican comportamientos lesivo de los derechos de los demás ciudadanos o de orden público sería una exigencia jurídica estricta de la dignidad de la persona (...)». En la República Argentina, en el caso Bahamondez No. 8300, de 4 agosto 1993, se estableció que «la negativa del paciente a ser transfundido, supone el ejercicio del señorío sobre su propio cuerpo y en consecuencia de un bien reconocido como su pertenencia». Y Perú en el año 2000, la Corte de Justicia de Lambayeque, manifestó que: «no obraba con negligencia cuando se rechazaba una transfusión de sangre y se solicita tratamiento alternativo». RETAMALES, 2004, P.45.

<sup>49</sup> AMOR, José., *Ética y gestión sanitaria*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2000, pág. 132.

<sup>50</sup> Entre ellas establece: «El diagnóstico de los trastornos de la hemostasia congénitos o adquiridos en el preoperatorio; la minuciosidad en la hemostasia quirúrgica; la utilización de técnicas anastésicas que pudieran disminuir el sangrado: técnicas loco-regionales, hipotensión controlada y hemodilución normovolémica; el uso de fármacos antifibrinolíticos sintéticos (ácido tranexámico, épsilon aminocaproico); el potenciar la transfusión autóloga en detrimento de la homologa (programas de predonación, recuperación de sangre intra y posoperatoria).» GILSANZ, FERNANDO., *Técnicas de ahorro de sangre: algunas consideraciones*, en PÉREZ, Antonio (ed.): Medicina transfusional. Madrid, Médica Panamericana, 2009, pág. 2.

Entre las numerosas alternativas existentes, nos encontramos con los grupos de fármacos o técnicas médico-quirúrgicas. Los doctores J. Llau, F. Tornero y A. Pérez-Solaz<sup>51</sup>, recomiendan fármacos como:

«los agentes hematopoyéticos estimuladores del desarrollo y crecimiento de las células sanguíneas; agentes hemostáticos que promueven la formación y estabilización de coágulo sanguíneos; sustitutos sanguíneos; expansores plasmáticos y agentes obtenidos por ingeniería genética». Entre las técnicas quirúrgicas señalan la utilización de: «electro-cauterio, empleo de laser, radiocirugía, coagulador de Argón, criocirugía (...) prevaleciendo siempre la laparoscopia y la endoscopia». Y entre las técnicas de ahorro de sangre subrayan: «la recuperación autóloga, como la hemodilución normovolémica y recuperación de sangre durante el intraoperatorio»<sup>52</sup>.

De la misma manera el Dr. J. Arias-Díaz del hospital clínico universitario San Carlos de Madrid, establece prioritario aplicar las técnicas de ahorro de sangre, como la anestésica, la hemodilución intraoperatorio, emplear los recuperadores de sangre, la plaquetoféresis y los fármacos.

Otros procedimientos utilizados a fin de evitar una trasfusión de sangre, es el empleo de «Factores hematopoyéticos como la Eritropoyetina<sup>53</sup>, uso de fierro, ácido fólico, vit B12, agentes hemostáticos que reducen la pérdida de sangre, Sustitutos de la sangre como Transportadores de oxígeno y Perfluorocarbono»<sup>54</sup>.

Recientemente la revista española «Farmacia Hospitalaria» publicó el *documento Sevilla, de Consenso sobre Alternativas a la Trasmisión de Sangre Alogénica*. Dicho documento recoge diversas técnicas y tratamientos alternativos a la sangre. Todos ellos constatados y con un respaldo científico que abalan la eficacia de las técnicas mencionadas. Entre sus conclusiones el documento expone:

---

<sup>51</sup> Anestesiólogo Dr. J.V. Llau, Hospital Clínico de Valencia; Nefrólogo, Dr. F. Tornero, Hospital Sureste de Madrid y la Anestesióloga, Dra. A. Pérez-Solaz, Hospital de Valencia.

<sup>52</sup> LLAU, Juan; TORNERO, Fernando; PÉREZ-SOLAZ, Ana (...) - *Trasmisión sanguínea y técnicas de autotransfusión*, En L. Torres (ed.) - *Tratado de Anestesia y reanimación*. Madrid, grupoaran, 2001, pág. 1564.

<sup>53</sup> La eritropoyetina es «una hormona sialoglucoproteica que se identificó como el CSF que regula la producción de eritrocitos (eritropoyesis) (...) la producción de eritropoyetina aumenta en respuesta a la anemia o a cambios sutiles en la tensión de oxígeno, que son sentidos por las células intersticiales del lecho capilar peritubular de los riñones. SHOEMAKER, J., *Tratado de medicina crítica y terapia intensiva*, Bogotá, medicniapanamericana, 2002, pág. 533.

<sup>54</sup> RETAMALES, Avelino., «Autonomía del paciente: ejemplo de los Testigos de Jehová», Chile, *Revista chilena de cirugía*, 2009, 55, pág. 46.



«De acuerdo con la evidencia científica disponible, el papel actual de las Hemoglobinas sintéticas y de los Coloides transportadores de oxígeno es mínimo, limitándose, en la práctica, a situaciones puntuales, y a suplir a las transfusiones de hematíes en casos de falta de disponibilidad de componentes sanguíneos humanos (...), es probable que en un futuro no muy lejano las líneas de investigación abiertas den sus frutos y se consiga un producto capaz de incrementar la oxigenación tisular con un buen perfil de seguridad»<sup>55</sup>.

Como se ha podido notar son muchas las alternativas existentes a la transfusión de sangre. Es por ello, que cada día aumenta la viabilidad de respetar la postura del paciente en el plano médico – científico, ya que desde la óptica legal está plenamente aceptado.

## V. CONCLUSIONES

No podemos olvidar que algunos pacientes rechazan determinados procedimientos médico por razones que pueden ser muy diversas y en algunos casos jurídicamente irrelevantes<sup>56</sup>. Sin embargo, precipitarse a tomar decisiones motivadas por factores subjetivos y prejuicios sociales sin una clara comprensión de la realidad puede ocasionar daños irreparables. En esta temática no podemos obviar que existen dilemas éticos, morales, religiosos y médicos<sup>57</sup>, que no deberían juzgarse de manera precipitada.

Realizar un análisis personalizo de cada situación medica con un profuso respeto a la peticiones del pacientes, suele ser la opción medica más recomendada.

Abandonar el sistema paternalista y adoptar un modelo cooperativo es la solución a la mayoría de los «problemas» que subyacen ante una negativa de tratamiento médico. Si el paciente y el médico buscan el mismo fin, sanar la patología, no es coherente inquirir un enfrentamiento, sino más bien, abordar posibles soluciones que persigan el bienestar del paciente.

---

<sup>55</sup> LEAL-NOVAL, Santiago; MUÑOZ, Manuel; ASUERO, María; CONTRERAS, Eric; GARCÍA-ERCE, José; LLAU, Juan; MORAL, Victoria; PÁRAMO, José y QUINTANA, Manuel - Documento «Sevilla» de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica, Farmacia Hospitalaria, 36, 2012, p.228.

<sup>56</sup> ASPECTOS DE LA NEGATIVA AL TRATAMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE ¿OBJECCION DE CONCIENCIA DEL MEDICO? <http://www.revistapersona.com.ar/Persona16/16Falconn.htm> (21 junio 2014)

<sup>57</sup> GILARDI, Jorge -Negativa a recibir tratamiento., *Praxis médica*, 21, 2012, p 2.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo Ministerial 1203, Registro Oficial 750; fecha de publicación 20 de julio de 201, su última reforma 29 de agosto de 2013.
- Acuerdo Ministerial 586, Registro Oficial Suplemento 335; fecha de publicación 7 de diciembre de 2010, con su última reforma 15 de marzo de 2014.
- AMOR, José. *Ética y gestión sanitaria*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2000, pág. 132.
- APPIAH, Kwame. *La ética de la identidad*. Buenos Aires: Katzeditores, 2007, pág. 145.
- ARIAS, Jaime. *Generalidades médico-quirúrgicas*. Albacete: Tébar, 2001, p.349.
- BAUCELLS, Joan. *La delincuencia por convicción*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2000, pág. 214.
- BUNGE, Mario. *Filosofía para médicos*. Gendisa, Barcelona, 2012, pág. 177.
- CIBANAL, Luis: *La relación enfermera-paciente*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2009. Pág. 53.
- Código ecuatoriano de la Niñez y Adolescencia.
- Código Orgánico Integral Penal.
- Constitución de la República del Ecuador (2008).
- DOMÍNGUEZ, Andrés. *Derechos sanitario y responsabilidad médica: (comentarios a la Ley 41/200/, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica)*. Valladolid: Lex Nova. P. 34.
- *Derechos y deberes del profesional sanitario y de los pacientes de Castilla y León*, 2009, Valladolid: Lex nova. pág. 107.
- El Plan Nacional del Buen Vivir 2013 -2017.
- GILARDI, Jorge -*Negativa a recibir tratamiento.*, *Praxis médica*, 21, 2012, p 2.
- GILSANZ, Fernando: *Técnicas de ahorro de sangre: algunas consideraciones*», en PÉREZ, Antonio (ed.): *Medicina transfusional*. Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 2.
- GÓMEZ, D. *Personal de servicios generales*. Madrid: Mad, 2006. P. 227.

- GROSMAN, Paula. Cuatro tramas: orientación para leer, escribir, traducir y revisar, 2009, Buenos Aires, pág. 123.
- HERNANDO, Carlos. Cirugía Trauma. Medellín: ludea, 2004, pág. 138.
- J. SHOEMAKER. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Bogotá: medicniapanamericana, 2002, Pág. 533.
- JERICÓ, Leticia. El conflicto de conciencia ante el derecho penal. Madrid: La ley, 2007, pág. 499.
- LAGRANGE, Eugéne. Manual de derecho romano, de Victoriano Suarez, Madrid, 1870. Pág. 643.
- MATEOS, Manuel. Los derechos del paciente, *anales médicos*, México, 1996. Págs. 123-125.
- LEAL-NOVAL, Santiago; MUÑOZ, Manuel; ASUERO, María; CONTRERAS, Eric; GARCÍA-ERCE, José; LLAU, Juan; MORAL, Victoria; PÁRAMO, José y QUINTANA, Manuel - Documento «Sevilla» de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica, *Farmacia Hospitalaria*, 36, 2012, pág. 228.
- Ley 100, Registro Oficial 737; publicado el 03 de enero de 2003, su última reforma el 10 de febrero de 2014.
- Ley de derechos y amparo del paciente (ley 77).
- Ley de Ejercicio Profesional de Enfermeras y Enfermeros.
- Ley Orgánica de Salud, Ley 67.
- LLAU, Juan; TORNERO, Fernando; PÉREZ-SOLAZ, Ana (...). Transfusión sanguínea y técnicas de autotransfusión». En L. Torres (ed.) - Tratado de Anestesia y reanimación. Madrid: grupoaran, 2001, pág. 1563.
- Transfusión sanguínea y técnicas de autotransfusión». En L. Torres (ed.). Tratado de Anestesia y reanimación. Madrid: grupoaran, 2001, pág. 1564.
- MARTÍN, Isidro. La libertades de pensamiento, de conciencia y de religión en el ordenamiento jurídico internacional», en Ministerio de Justicia (2001), Proyección nacional e internacional de la libertad religiosa. Madrid: Imprenta nacional de boletín oficial del Estado, 2011, pág. 50.
- MARTINEZ, Narciso. La dignidad de la persona ante el desafío de la biotecnología. España: Misión Jurídica, 2008, pág. 159-170.

- MÉNDEZ, Víctor. Bioética y derecho. Barcelona: Uoc, Barcelona. Pág. 66.
- MOLLISON. Transfusión de sangre en medicina clínica. Barcelona: Reverté, 1987, pág. 9.
- MOYA, Vicente. Los derechos del enfermo, real academia nacional de medicina. Madrid, 1993. Págs. 25.
- PÉREZ, Antonio. Medicina transfusional. Madrid: Medica panamericana, 2010 pág. 144.
- Reglamento de Registro Sanitario para Medicamentos en General.
- Reglamento General de Unidades Médicas del IESS.
- RETAMALES, Avelino. Respeto a la autonomía que tienen los pacientes que rechazan tratamientos médicos por convicciones religiosas. Chile: revista chilena de cirugía, 52, pág. 100.
- RODRÍGUEZ, Héctor. El banco de sangre y la medicina transfusional, 200,4 Santa Fe de Bogotá: Panamericana. Pág. 4.
- RUIZ, Eduardo. La diversidad religiosa en el País Vasco: nuevos retos sociales y culturales para las políticas públicas. Bilbao: Universidad de Deusto, 2011, pág. 41.
- SHEPHARD, Robert. La resistencia al deporte, Barcelona: Paidotribo. 1996, pág. 224.
- Testigos de Jehová, en [www.jw.org](http://www.jw.org). (14 de mayo 2015).
- TORRES, Luís. Tratado de anestesia y reanimación. Madrid: Arán, 2001, pág. 67.