

Mesa redonda: Hemostasia, Medicina Transfusional y Farmacológica: Propuestas terapeúticas

Moderador: Dr. Mario Donoso.

Participan: Dra. Lucía Torielo, Dra. Cristina Vásquez,
Sr. Esteban Vilchez.

Dr. Donoso Comentario y pregunta: Deseo comentar algo breve respecto a lo que dijo el abogado Sr. Esteban Vilchez. En el año 1993 en Argentina debido a una sentencia de la Corte Suprema en un caso de los Testigos se sentó jurisprudencia en el sentido de respetar o, mejor dicho, privilegiar las libertades individuales sobre el derecho a la vida. De manera que en este tema específico en Argentina hay una tendencia jurídica a darle la razón a los Testigos si son avasalladas sus libertades individuales. Varios jueces en nuestro país fallan a

favor de los Testigos y el respeto que éstos merecen. Sin embargo, me llamó la atención un detalle aportado y es que el costo de la transfusión en Chile es de unos US\$30-35 más o menos, ¿eso es verdad? Si me puede ampliar en público o en privado se lo agradecería. Digo esto porque en nuestro país el costo es muchísimo mayor y lo que tengo entendido en otros países también.

Dra. L. Torielo: El valor que yo di en la charla es un valor calculado a costo mínimo por el Ministerio de Salud y solamente separando nada más que lo que cuesta el reactivo para hacer la determinación del tamizaje viral y eso a costo mínimo, o sea, que los \$16.000 que dije pueden ser fácilmente \$30.000 ó \$40.000 dependiendo de cómo lo enfoquen. Pero eso fue un estudio que se hizo a nivel Ministerial y yo me permití respetar la cifra, pero existen entre nosotros, tanto en médicos como en tecnólogos, la duda respecto al costo. Respecto al tamizaje es igual para todos. En Chile se tamiza toda la sangre desde el punto de vista tecnológico, o sea, que ese costo es el básico. Pero el costo de la bolsa no se calculó, el trabajo de la extracción de sangre tampoco.

Dra. C. Vásquez: Sí, definitivamente es una de las cosas que ha ocasionado que la OMS y la OPS estén preconizando la existencia de pocos bancos pero con una infraestructura muy importante. En México el costo de la sangre, tomando en consideración lo que decía la Dra. Toriello, que son la prueba de tamizaje: que tienen que hacerse en el 100% como se tiene estipulado en el país, siendo también el costo de la bolsa y el costo del trabajo prácticamente el triple de lo que ella señaló. Y esto se implementa todavía más en aquellos bancos pequeños en los que no se les monta todo el kit de las pruebas. Se montan muy pocas dentro del todo el kit. Si tuviera que incluir todo el kit el costo sería verdaderamente estratosférico. De manera que, en términos generales, cada uno de los bancos grandes son de aproximadamente el triple de costo que señala la Dra. Toriello.

Pregunta: Quisiera saber si el Consentimiento Informado requiere una formalidad absoluta.

Sr. E. Vilchez: La verdad es que el Consentimiento Informado y la negativa del paciente tienen un tratamiento distinto. El Consentimiento Informado, y eso es lo que puede entenderse actualmente de la legislación chilena, puede ser perfectamente presumido en la mayor parte de los casos. Sin embargo, creo que es conveniente ir tomando la costumbre de dejar las cosas establecidas por escrito o, a lo menos, intentar contar con testigos. Las autorizaciones o consentimientos deben ser, ojalá, expresos, escritos y con testigos. Sin embargo, en muchos casos podrá ser simplemente presumido a partir del contexto.

En cambio, la negativa del paciente a recibir un tratamiento médico debe ser, en mi opinión, siempre absolutamente expresa. A diferencia del consentimiento, no hay posibilidad alguna de presumir la negativa. Debe quedar constancia documentada. En Chile, por ejemplo, se está adoptando la práctica de incluir dentro del carnet de identidad u otros documentos oficiales de identificación la negativa expresa

a recibir transfusiones de sangre. La negativa, por lo tanto, debe ser siempre expresa.

Pregunta: ¿Qué ocurre cuando hay discrepancia dentro del equipo médico? Supongamos un caso de urgencia en que el anestesiólogo está por respetar la voluntad del paciente y el cirujano indica que la transfusión, que considera imprescindible, se haga bajo su propia responsabilidad. ¿Qué ocurre en tal caso? Ahí en la práctica el cirujano es quien decide, aunque no es él quien físicamente pone la sangre. ¿Existe alguna reglamentación al respecto? En Chile hay una jurisprudencia lamentable en que un equipo médico completo fue castigado aun cuando se determinó que, por ejemplo, el anestesiólogo no había tenido ninguna intervención ni capacidad de decisión en la cirugía; sin embargo, fue castigado de la misma forma que el cirujano.

Sr. E. Vilchez: A este respecto, siempre hemos estudiado en las escuelas de derecho que nadie tiene más facultades que las que efectivamente le otorga la ley o le deriva el titular de esas facultades. La facultad de decidir sobre el consentimiento de un tratamiento reside exclusivamente en el paciente. Es el paciente el que decide y nadie puede reemplazar ese consentimiento, salvo que existan terceros legalmente autorizados a consentir por él. Ahora, si el paciente está en estado de inconsciencia y no puede manifestarse, e incluso no hay terceros que estén facultados para consentir por él por ley o delegación del paciente, insisto en que en tales casos puede presumirse el consentimiento, salvo que hayan objeciones o documentos oficiales que inequívocamente establezcan la negativa.

En el caso propuesto, obviamente cada uno asumirá su propia responsabilidad, partiendo de la base que lo correcto es respetar la decisión del paciente. En concreto, debe respetarse su negativa, si es que ésta es expresa.

La responsabilidad penal siempre es personal. Este

principio muchas veces no ha sido respetado por los tribunales. Por eso un médico, por ejemplo, puede ser condenado en Chile si queda una compresa en el interior del cuerpo de un paciente, en circunstancias que físicamente no pueden hacer un conteo de las compresas extraídas. El médico se encuentra dentro del campo quirúrgico y obviamente no puede salir, contar y volver. Por lo tanto tiene que escuchar lo que le dice la pabellonera, creerle y confiar y, por lo tanto, con esa información cerrar. Sin embargo, en nuestros tribunales esto todavía no se entiende. A veces los propios médicos, con un loable pero jurídicamente erróneo sentido de responsabilidad, son quienes ayudan en este malentendido. Un médico al que defiendo inició sus declaraciones en el Tribunal diciendo «yo soy responsable de lo que ocurrió porque soy el jefe». Digno de aplauso, pero equivocado. La responsabilidad penal es personal y no es objetiva. Cada cual responde de sus propias obligaciones.

Puede ser que en el caso que Ud. comenta, el anestesiólogo no tenga ninguna posibilidad de decidir. Si obedece o no al cirujano jefe es una decisión personal y la responsabilidad penal derivada de esa decisión de obedecer deberá examinarse en cada caso concreto.

Pregunta: Un médico puede interponer un recurso de protección por el paciente que no quiere recibir un tratamiento sin el cual podría morir. Es lo mismo cuando una persona hace una huelga de hambre y se presenta un recurso a las autoridades y el paciente es obligado a recibir alimentación. ¿Puede el médico en el caso de un paciente, sobre todo si es un niño que los padres se niegan a recibir una transfusión o en un adulto cuando uno sabe que la transfusión es vital, recurrir a esa acción legal?

Respuesta: Sí efectivamente se puede hacer y la decisión dependerá de los tribunales de justicia. La tendencia ahora es respetar cada día más la libertad del paciente. El médico tiene la posibilidad de

interponer un recurso de protección a objeto de que sea, finalmente, la justicia la que tome la decisión, de modo que pueda protegerse de eventuales sanciones.

Pregunta: Estamos conscientes los médicos que somos un grupo vulnerable en los tribunales ¿Nosotros no tenemos el derecho a enjuiciar históricamente a nuestras autoridades por la falta de infraestructura y de condiciones mínimas de trabajo que disminuyan los riesgos para el paciente?

Respuesta: Le encuentro toda la razón pero lamentablemente antes que en un juicio colectivo, basado, por ejemplo, en el hecho de no respetarse el medio ambiente, por contaminar Santiago o por no dar, como ocurre en la salud, los espacios y los recursos mínimos la gente prefiere volcarse hacia los médicos, que les parecen personas concretas, de carne y hueso, y no algo tan inalcanzable como la responsabilidad estatal. Precisamente uno de nuestros argumentos en defensa de los médicos es que muchas veces se espera de ellos un rendimiento sobrehumano. Muchos médicos de urgencia trabajan más allá de la capacidad normal de cualquier persona, con falta de sueño y naturales problemas de concentración. Cuando cometen errores hay que ser justos y entender que eran totalmente esperables en estas circunstancias. Hasta ahora ha sido una línea de defensa pero no ha habido forma de convertirla en una línea de ataque hacia las responsabilidades estatales.

Pregunta: ¿Podrían también los tecnólogos verse envueltos en problemas de responsabilidad médica en caso de transfusiones de sangre?

Respuesta: Sí.

Pregunta: ¿El médico puede negarse a atender a un paciente que se niega a ser transfundido, si él considera que la transfusión es parte esencial del tratamiento?

Sr. E. Vilchez: El médico tiene todo el derecho de negarse a tratarlo y debe derivarlo. Incluso entiendo que existe todo un sistema de derivaciones coordinado por los Testigos de Jehová. Obviamente en aque-

llos casos en los que no existe el tiempo para hacer una derivación la responsabilidad absoluta de la decisión adoptada va a ser de ese médico, conforme a los parámetros a que antes me he referido.

Comentario: Yo creo que este tema, sobre todo para aquellos que nos dedicamos a la inmunohematología, a bancos de sangre, a los cirujanos y anestesiistas, prácticamente entramos en, como dicen algunos abogados, el terror de qué va a hacerse con el paciente. Yo creo que a través de los años hemos aprendido a manejar estas situaciones. Y una de las cosas muy importantes es que tenemos que aprender a comunicarnos con los Testigos de Jehová que realmente sería el grupo que nos podría confrontar. Creo que el Testigo de Jehová, y lo digo después de 30 años de estar trabajando en bancos de sangre, no es un paciente confrontacional. La posibilidad de exigir una segunda opinión, la posibilidad de contar con una gran cantidad de elementos, de tecnología de punta que nos pueden ofrecer en un momento es muy grande de manera que son casos realmente extremos en los cuales podemos tener problemas graves y serios para este tipo de pacientes. Podemos tener muchas alternativas y creo que el trabajo en conjunto nos puede permitir equilibrar los dos campos que son la calidad de vida y darle vida a estos pacientes. Eso es algo muy importante, no entrar en pánico cuando uno atiende a un Testigo de Jehová, sino saber que a lo mejor tenemos unas excepciones que podemos emplear en un momento dado.

Moderador: Al concluir quisiera decir que ha sido interesante ver a los expositores nacionales y extranjeros deteniéndose en hablar de la importancia que tiene la evaluación de la hemostasia y los riesgos de las transfusiones de sangre.

Rescato como un detalle de extraordinaria importancia evitar el pensamiento de que si no tenemos tecnología no podemos hacer nada. El segundo elemento, me gustaría invitar a todos los que estamos presentes a pensar en que todos nosotros somos candi-

datos a recibir una transfusión de sangre, sí todos. Por lo tanto el criterio de algunos grupos, como pueden ser los hemofílicos y los Testigos de Jehová, deberían ser potencialmente buenos para nosotros. Nosotros sabemos cuáles son los riesgos que implican las transfusiones para la comunidad y esto nos obliga a los equipos de salud a tener una actitud expectante, abierta y de conocimiento de todos los aspectos de lo que una aceptación o un rechazo a la sangre podría significar.