

**RECOMENDACIONES DEL
CONSEJO ASESOR REGIONAL
DE ÉTICA ASISTENCIAL PARA LA
ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS
DE PACIENTES QUE RECHAZAN
LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE
Y/O HEMODERIVADOS**

Anexo al Acta de la sesión de 12 de febrero
de 2009 del Consejo Asesor Regional de
Ética Asistencial "Dr. D. Juan Gómez Rubí"



**RECOMENDACIONES DEL
CONSEJO ASESOR REGIONAL
DE ÉTICA ASISTENCIAL PARA LA
ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS
DE PACIENTES QUE RECHAZAN
LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE
Y/O HEMODERIVADOS**



Anexo al Acta de la sesión de 12 de febrero
de 2009 del Consejo Asesor Regional de
Ética Asistencial "Dr. D. Juan Gómez Rubí"



1.
2.



A B C D

CONSEJO REGIONAL DE ÉTICA



REF.1

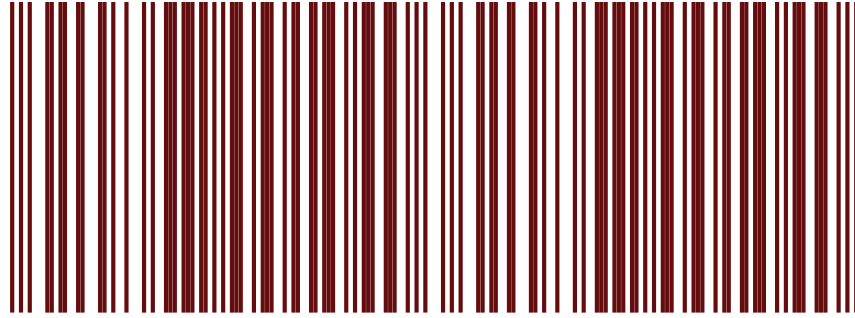


**RECOMENDACIONES DEL
CONSEJO ASESOR REGIONAL
DE ÉTICA ASISTENCIAL PARA LA
ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS
DE PACIENTES QUE RECHAZAN
LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE
Y/O HEMODERIVADOS**

Anexo al Acta de la sesión de 12 de febrero
de 2009 del Consejo Asesor Regional de
Ética Asistencial "Dr. D. Juan Gómez Rubí"



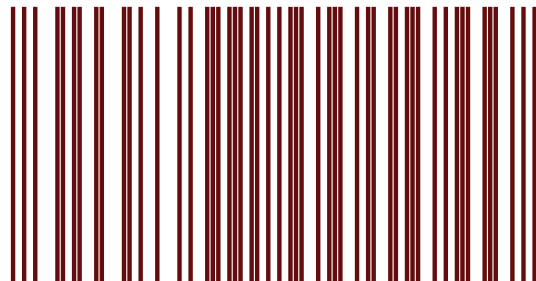
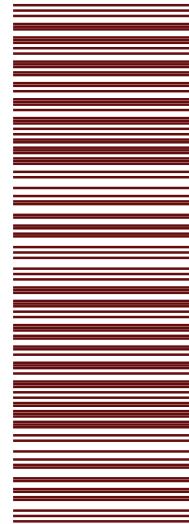




01 RECOMENDACIONES DEL CONSEJO ASESOR REGIONAL DE ÉTICA ASISTENCIAL PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE PACIENTES QUE RECHAZAN LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS

INTRODUCCIÓN

Anexo al Acta de la sesión de 12 de febrero de 2009 del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial “Dr. D. Juan Gómez Rubí”



<input type="checkbox"/>	

1.	_____

2.	_____



INTRODUCCIÓN

Las presentes recomendaciones pretenden dar unas pautas de actuación que faciliten al personal médico la toma de decisiones en pacientes que rechazan de forma libre, voluntaria y consciente la transfusión de sangre y/o hemoderivados por motivos personales, de cualquier índole, generalmente religiosos o ideológicos.

El tratamiento transfusional, práctica clínica establecida mediante indicaciones y protocolos de transfusión perfectamente regulados, ha permitido el desarrollo de la práctica medicoquirúrgica a unos niveles de resultados para la vida de los pacientes inalcanzables por otros medios.

En las últimas décadas se han planteado diferentes avances que orientan la posibilidad futura de una terapéutica capaz de sustituir la transfusión de sangre humana en determinadas circunstancias. Con todo, a fecha de hoy, en la práctica clínica normalizada, la transfusión de sangre y hemoderivados, dentro de su indicación precisa, es una terapéutica no prescindible.

Tanto 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 (LBRAP), como la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) contemplan el derecho que ampara a los pacientes para aceptar o rechazar los tratamientos que les sean propuestos, entre los que se incluyen los tratamientos transfusionales.

En el Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial se estimó conveniente abordar el reto que supone para los profesionales sanitarios y para los miembros de los Comités de Ética, enfrentarse a situaciones en las que un paciente rechaza la transfusión de sangre y/o hemoderivados, en aquellas circunstancias clínicas en que pueden requerirlas.

Desde el respeto a la libertad y autonomía del paciente, junto a los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y justicia, se elaboran estas recomendaciones que están abiertas a propuestas de modificación y mejora y a ser revisadas periódicamente, pues entendemos que es ésta la única forma de que sean realmente útiles a los profesionales que han de aplicarlas.



02

RECOMENDACIONES DEL CONSEJO ASESOR REGIONAL DE ÉTICA ASISTENCIAL PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE PACIENTES QUE RECHAZAN LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS



CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

Anexo al Acta de la sesión de 12 de febrero de 2009 del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial “Dr. D. Juan Gómez Rubí”



1.

2.



La sociedad en que vivimos es una sociedad plural, constituida por individuos y colectivos con intereses y sensibilidades diversas, que en el ámbito religioso se manifiesta en el reconocimiento de la libertad, y si bien las normas éticas y legales preconizan y promueven la aceptación del pluralismo y el respeto por la libertad individual, ello no evita que frecuentemente se originen conflictos como consecuencia de las discrepancias de valores.

Así sucede entre los cristianos Testigos de Jehová y los profesionales sanitarios que les atienden, cuando se produce el rechazo de una transfusión de sangre y con ello el riesgo vital que conlleva.

Desde un punto de vista ético, puede subyacer una colisión entre el principio de autonomía y los principios de beneficencia, y no maleficencia. El conflicto de valores, que en estos casos se plantea, afecta de pleno al ejercicio de la libertad religiosa, ya que la fidelidad a la propia fe representa para estas personas un valor de mayor rango que la propia vida.

En consecuencia, imponer procedimientos contrarios a las creencias de los pacientes puede ser una actuación maleficente que atente contra la libertad y la dignidad de la persona.

Es por ello que la aprobación de protocolos de actuación aporta a los profesionales sanitarios criterios éticos y jurídicos, que ayudan a clarificar el debate sobre si las decisiones sanitarias adoptadas por los Testigos de Jehová, en base a sus creencias religiosas, deben ser respetadas aunque su consecuencia final sea la muerte.

El derecho a la libertad religiosa, en el sentido más amplio, está reconocido en las principales declaraciones, tratados y leyes, tanto nacionales como internacionales, sobre derechos humanos.

En este sentido, la Constitución española reconoce, en el artículo 16, el derecho de libertad ideológica y religiosa, estableciendo que ninguna confesión religiosa tendrá carácter estatal y que las restricciones a la libertad religiosa sólo podrán realizarse con la finalidad de mantener el orden público, siempre de acuerdo con previsiones legalmente instituidas. Por su parte, el Tribunal Constitucional ha reiterado en sus sentencias que la libertad religiosa garantiza la existencia de un claustro íntimo de creencias y, por tanto, un espacio de autodeterminación intelectual, vinculado a su propia personalidad y dignidad individual, e incluye una dimensión externa que faculta a los ciudadanos para actuar con arreglo a sus propias convicciones y mantenerlas frente a terceros.

El derecho a la libertad religiosa debe ser interpretado, teniendo en cuenta que la libertad es uno de los valores superiores de nuestro Ordenamiento Jurídico, según el artículo 1.1 de la Constitución Española

y que la dignidad de la persona constituye el fundamento del orden político y social, según el artículo 10 de la Constitución. Es así como el derecho de una persona a la vida no puede considerarse como jerárquicamente superior al derecho a defender las propias convicciones: De hecho, la Constitución no jerarquiza estos derechos, y el Estado no puede, por tanto, imponer a los ciudadanos la obligación de vivir contra su voluntad, ya que no se puede obligar al ejercicio de un derecho. El deber del Estado de velar por la vida y la salud de las personas finaliza –tratándose de adultos autónomos– con la renuncia expresa de la persona a recibir protección y tratamiento médico. En estos casos, la intervención del Estado sólo se justifica si existe riesgo para la salud y la vida de terceros, o en los denominados supuestos de relaciones de especial sujeción (como por ejemplo, la tutela de la vida y la salud de los reclusos por parte de la Administración penitenciaria) en los que intervienen otros factores en la ponderación de intereses.

En un ámbito más concreto, la LBRAP determina que cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento libremente, tras haber recibido la necesaria información, con la excepción de la existencia de riesgo para la salud pública, o cuando en una situación de riesgo inmediato no se pudiera obtener el consentimiento del paciente, ni de las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho. De forma más específica, esta Ley establece, entre sus principios básicos (art. 2.4), que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento y que esta negativa debe constar por escrito.

Pese a la existencia de todo este soporte normativo y a la consolidación de una jurisprudencia cada vez más respetuosa con el derecho de los pacientes a decidir sobre sus tratamientos, en la práctica la aceptación de las decisiones de los Testigos de Jehová de rechazo al tratamiento transfusional, con peligro cierto para la vida, genera situaciones de conflicto en el entorno sanitario.

En el ámbito más concreto de las instituciones sanitarias, sigue sin encararse el problema de una forma clara y homogénea, lo que da lugar a que las respuestas que se dan ante tales situaciones dependan sobre todo de las diferentes sensibilidades existentes entre los profesionales sanitarios de cada centro. Por eso, es necesario elaborar protocolos de actuación con las pautas a seguir según las diversas circunstancias que puedan producirse durante el proceso asistencial, lo que introducirá claridad y seguridad a la asistencia, a la vez que los pacientes sabrán a qué atenerse en cada caso.

De todo lo expuesto, se pueden sacar los siguientes criterios guía:

- _ Que las personas que pertenecen a los cristianos Testigos de Jehová se niegan, de manera generalizada, a recibir transfusiones de sangre y hemoderivados aunque ello ponga en peligro su vida, negativa que se debe a la observancia de sus preceptos religiosos, lo cual sin embargo, no hay que considerarlo como una negativa a recibir asistencia médica, pues de hecho acuden al centro sanitario demandando asistencia.
- _ Que la Constitución, al reconocer el valor de la dignidad humana, protege de forma no jerarquizada el derecho a la vida y los derechos de libertad religiosa y de culto.
- _ Que la legislación sanitaria, tanto estatal como autonómica, reconoce la libertad de elección del paciente entre las opciones de tratamiento disponibles, la necesidad de contar con su consentimiento informado, y el derecho a rechazar un tratamiento indicado.
- _ Que la incorporación del respeto a la autonomía del paciente en la cultura y en la práctica de los profesionales sanitarios genera, en ocasiones, dudas razonables sobre la actuación a seguir, dado que el principio ético de beneficencia exige actuar en el mayor beneficio del paciente.
- _ Que las instituciones sanitarias han tratado de forma desigual las particularidades de los pacientes Testigos de Jehová, tanto en el respeto a sus derechos, como en lo que se refiere a la disponibilidad de medidas sustitutorias, medidas que pueden vulnerar el principio de equidad en el sistema sanitario público.
- _ Que el ejercicio de la autonomía personal comporta la asunción de las correspondientes responsabilidades y riesgos por parte del paciente, siempre y cuando estemos ante una decisión voluntaria, informada y competente.





03

RECOMENDACIONES DEL CONSEJO ASESOR REGIONAL DE ÉTICA ASISTENCIAL PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE PACIENTES QUE RECHAZAN LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS

RECOMENDACIONES

Anexo al Acta de la sesión de 12 de febrero de 2009 del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial “Dr. D. Juan Gómez Rubí”



1.

2.



1) PAUTAS DE ACTUACIÓN

1.1 COMPETENCIA DEL PACIENTE

El principio de autonomía, entendido como respeto al proyecto de vida propio y a la responsabilidad sobre el mismo, implica que todo adulto es en principio competente para decidir, por sí mismo, la responsabilidad de aceptar o rechazar un determinado tratamiento y él es el interlocutor válido ante el equipo médico que le atiende.

Dado el alcance que puede tener la decisión de rechazar la transfusión de sangre y/o hemoderivados, al equipo médico no le deben quedar dudas sobre la capacidad del paciente frente a su decisión. Es por ello que en el caso de competencia dudosa, será necesario realizar una evaluación específica donde se valore su capacidad de comprensión, apreciación y razonamiento sobre la situación, pudiendo solicitar la colaboración del Servicio de Psiquiatría.

1.2 COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Hay que lograr una buena comunicación entre el médico y el paciente que rechaza la transfusión de sangre y/o hemoderivados, sin entrar a cuestionar el planteamiento ético en el que basa su decisión, aun cuando ésta comporte riesgos ciertos para la vida, evitando que se generen situaciones conflictivas que puedan provocar una demora en la asistencia. El equipo sanitario dejará claro al paciente que respeta su voluntad en el proceso de tomar decisiones.

1.3 HISTORIA CLÍNICA

Todo el procedimiento que se siga en relación con la negativa a la transfusión de sangre y/o hemoderivados ha de recogerse de forma detallada en la historia clínica, en la que no ha de figurar de forma expresa la creencia religiosa que lleva al paciente a rechazar la transfusión. La negativa al tratamiento deberá constar por escrito, como exige la ley.

1.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

La firma del documento de “consentimiento informado para pacientes que rechazan la transfusión de sangre y/o hemoderivados”, se realizará de manera que se garantice tanto la completa comprensión del paciente de los riesgos que el rechazo de la transfusión comporta, como la autonomía de su decisión, sin que medie ningún tipo de coacción externa.

La cumplimentación del documento de “consentimiento informado para pacientes que rechazan la transfusión de sangre y/o hemoderivados” no excluye la realización correcta del resto de protocolos de consentimiento informado quirúrgicos y/o médicos existentes, que procedan según el caso. Estos últimos son el procedimiento normalizado por el cual el paciente es informado de las condiciones de actuación médica, así como de los riesgos a los que pudiera estar sometido, derivados del procedimiento que acepta y autoriza.

1.5 VALORACIÓN POR LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Si bien toda indicación quirúrgica lleva aparejada, con carácter previo, la realización de un balance riesgo/beneficio, al entrañar el rechazo al tratamiento transfusional un mayor riesgo quirúrgico para el paciente, el cirujano analizará las posibles técnicas a emplear y optará siempre por la que tenga menos riesgo de sangrado. En el caso de que exista un procedimiento médico alternativo, se le propondrá éste al paciente. Descartada la posibilidad de alternativas a la cirugía, se realizará una interconsulta al Servicio de Anestesia y Reanimación para que valore si son aplicables los métodos de ahorro de sangre implantados en el hospital, con la técnica quirúrgica propuesta, y se dará nueva cita al paciente para actuar de acuerdo con la respuesta del anestesista. Si la respuesta es favorable a que se intervenga en el centro, el cirujano recabará del paciente la firma de los consentimientos informados relacionados con los procedimientos quirúrgicos que se van a seguir, solicitando el preoperatorio que proceda y su inclusión en la lista de espera quirúrgica.

Si la respuesta del anestesista no es favorable a que se intervenga en el centro, el cirujano seguirá los trámites establecidos para derivarlo, a través del Servicio de Admisión, a otro centro sanitario donde pueda ser asistido de acuerdo con su decisión.

1.6 VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Se recomienda que la primera entrevista que mantenga el anestesista con el paciente sea en privado, sin la presencia de familiares, para asegurarse de que no está coaccionado y de que su decisión es libre. La decisión de aplicar o no técnicas de ahorro de sangre debe ser tomada de forma individual para cada paciente, teniendo en cuenta una serie de variables como son: sus circunstancias clínicas, valores del hematocrito, concentrado de hemoglobina, etc.

Corresponde al Servicio de Anestesia y Reanimación determinar si el paciente puede ser intervenido o no en el centro, de acuerdo con el tipo

de técnica quirúrgica propuesta y con los métodos de ahorro de sangre disponibles. Su decisión será comunicada, con carácter inmediato, tanto si es o no favorable, al cirujano que realizó la interconsulta.

En el caso de ser favorable, recabará la firma del documento de "consentimiento informado para pacientes que rechazan la transfusión de sangre y/o hemoderivados", así como el destinado a la técnica anestésica específica que se vaya a aplicar.

2) SITUACIONES

A.- ACTIVIDAD PROGRAMADA

CRITERIOS GUÍA:

PACIENTES ADULTOS CAPACES

A juicio de este Consejo Asesor y en base al respeto de la autonomía de estos pacientes, en casos de pacientes mayores de edad, plenamente capaces, se debería programar la cirugía (potencialmente sangrante o no), siempre que firmase el documento normalizado u ordinario de consentimiento informado, o el específico en el que manifieste expresamente que se niega a ser transfundido o, en su caso, presente el documento de instrucciones previas (voluntades anticipadas). De esta forma, el protocolo respetaría realmente el principio de autonomía del paciente.

PACIENTES MENORES DE EDAD O INCAPACITADOS

La LBRAP distingue determinados periodos dentro de la minoría de edad, para otorgarles mayor o menor poder de disposición. Recomendamos que se realicen las siguientes distinciones en cuanto a la capacidad de estos menores para decidir:

1) Menores de edad

Con independencia de las distinciones por tramos de edad que se indicarán a continuación, la LBRAP, en su artículo 9. 3. c) entendido a "contrario sensu", determina que cualquier menor, con independencia de su edad, podrá prestar su consentimiento por sí solo, siempre que a juicio del facultativo, sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención propuesta.

Aún así, este Consejo Asesor entiende que para este tipo específico de intervenciones, consistentes en recibir o no transfusiones de sangre y/o hemoderivados, y dada su complejidad objetiva, resultará más adecuado someterse al siguiente régimen por tramos de edad.

1.a) **Menores con dieciséis años cumplidos o emancipados, no incapaces ni incapacitados**, según el artículo 9.3 de la LBRAP, no cabe presentar el consentimiento por representación, es decir, le corresponde a ellos otorgarlo, como si de mayores de edad se tratase. Ahora bien, para estos pacientes con dieciséis años cumplidos o emancipados, la LBRAP contempla que "en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio facultativo, los padres serán informados y su opinión podrá ser tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente" Como criterio guía se debe primar en lo posible el respeto a las decisiones libremente tomadas.

1.b) **Pacientes con menos de 16 años**, la decisión la debe tomar el representante legal (padre o tutor) del menor, siempre en interés de éste. Por ello, no se aceptará el consentimiento por representación o sustitución cuando el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado suponga riesgo grave para la salud o la vida del menor. Situación que deberá ser puesta en conocimiento de la Autoridad Judicial o de la Fiscalía de menores. Si la decisión del menor fuera la de aceptar la transfusión, esta se realizará aún con la oposición de los padres o tutores.

1.c) **Además de lo anterior**, la LBRAP determina en su artículo 9.3. c) que si los menores tienen doce años cumplidos, deberán ser siempre escuchados.

2) Paciente adulto no capaz:

2.a) **Si en el momento de plantear la necesidad de la transfusión, el paciente no es competente para dar su consentimiento**, deberán respetarse los deseos del enfermo al tiempo de ser competente, si estos fueran conocidos. Para ello se consultará con el Registro Murciano de Instrucciones Previas por si hubiera formalizado e inscrito las que serían sus instrucciones previas, para que estas sean respetadas, siempre que se ajusten al ordenamiento jurídico y a la *lex artis*.

En el documento, el paciente puede haber nombrado un representante, en cuyo caso, será el interlocutor válido ante el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

- 2.b) De no haber dejado documento de instrucciones previas ni nombrado interlocutor, el consentimiento lo otorgarían las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, o su representante legal. Si estas rechazan el tratamiento transfusional propuesto por el equipo médico o el médico responsable del paciente, tal situación se comunicará a la autoridad judicial (Juzgado de Guardia).
- 2.c) En el caso de los adultos incapacitados, es decir, aquellos declarados incapaces por sentencia judicial, el consentimiento lo da el representante legal designado en la sentencia de incapacitación. Si el representante legal rechaza el tratamiento transfusional propuesto por el equipo médico o el médico responsable del paciente, tal situación, se comunicará a la autoridad judicial (Juzgado de Guardia).

B.- ACTIVIDAD DE URGENCIA

La LBRAP, en su artículo 9.2.b), señala como excepción a la necesidad de consentimiento informado, las situaciones de riesgo grave inmediato para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización. Ahora bien, el mismo precepto dispone que cuando las circunstancias lo permitan, se consultará a los familiares o a las personas vinculadas de hecho a él. En consecuencia, solo cuando ello sea imposible, el facultativo podrá actuar sin recabar consentimiento alguno.

CRITERIOS GUÍA:

1.) Menores de 16 años o no emancipados

En caso de pacientes con menos de dieciséis años y no emancipados, la decisión la debe tomar el representante legal (padre o tutor) del menor, siempre en interés del menor. Por todo ello, no se aceptará el consentimiento por representación o sustitución cuando el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado suponga riesgo grave para la salud o la vida del menor.

Dado que estamos en casos de actuación urgente, el facultativo actuará de conformidad a la *lex artis* en beneficio o interés del menor, incluso en contra de la decisión o consentimiento de su legal representante, situación que deberá ser puesta de inmediato en conocimiento de la Autoridad Judicial o de la Fiscalía de menores.

2.) Mayores de edad y mayores de 16 años o emancipados:

- 2.a) Si el paciente es consciente, y por tanto es capaz de prestar su consentimiento, nos remitimos a las recomendaciones dadas para la cirugía programada.
- 2.b) Si el paciente no está consciente o no es capaz de prestar consentimiento, entonces el facultativo deberá recabar, si lo hubiere, lo dispuesto por el propio paciente en el documento de instrucciones previas, a través del Registro Murciano de Instrucciones Previas (REMIP) regulado por el Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su Registro y respetará su contenido.
- 2.c) De no existir documento de instrucciones previas, y siempre que las circunstancias lo permitan, se consultará a los familiares o personas vinculadas de hecho al paciente.
- 2.d) En defecto de documento y de familiares, el facultativo actuará según la *lex artis* sin necesidad de recabar consentimiento alguno.

3) Paciente adulto no capaz

- 3.a) En las situaciones en las que el enfermo no tenga posibilidad de manifestar su voluntad, no serán vinculantes para los médicos las manifestaciones verbales de las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, cuando el rechazo al tratamiento médico unánimemente aceptado suponga riesgo grave para la salud o la vida del paciente. En este caso se comunicará a la autoridad judicial.
- 3.b) En el caso de adultos incapacitados, el médico actuará según su mejor criterio en aras a preservar la vida del paciente. Lo comunicará al tutor o tutores legales designados en la sentencia de incapacitación y a la autoridad judicial.

Las anteriores recomendaciones han sido adoptadas por este Consejo, por unanimidad de todos los asistentes, en la reunión de 12 de febrero de 2009. El Consejo que es órgano de referencia en materia de ética asistencial, lleva a cabo dichas recomendaciones para los comités que se constituyan en el ámbito del Servicio Murciano de Salud. No obstante, se recuerda que es una ayuda o guía para la elaboración y armonización de protocolos y orientaciones de actuación, referidos a cuestiones éticas en la asistencia sanitaria, para la mejora del sistema sanitario regional.



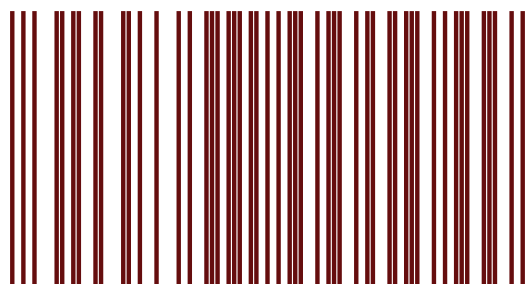
04

RECOMENDACIONES DEL CONSEJO ASESOR REGIONAL DE ÉTICA ASISTENCIAL PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE PACIENTES QUE RECHAZAN LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS



CONCLUSIONES

Anexo al Acta de la sesión de 12 de febrero de 2009 del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial “Dr. D. Juan Gómez Rubí”



1.

2.



1. Los Centros Sanitarios competentes, en cumplimiento de las disposiciones normativas ya establecidas, están obligados a garantizar a los cristianos Testigos de Jehová, como al resto de ciudadanos, el ejercicio de sus derechos. A tal fin, deberán arbitrarse las oportunas medidas que aseguren a los miembros de esta confesión que serán tratados como personas autónomas, respetándose sus decisiones sanitarias, aún cuando comporten riesgos ciertos para la vida.
2. Los Centros Sanitarios correspondientes deberán asumir la elaboración de pautas de actuación al respecto. Las autoridades sanitarias y los representantes de la comunidad de Testigos de Jehová deberán concretar su consenso en un instrumento que sirva de marco para futuros protocolos que aseguren el respeto a la voluntad de los miembros de esta confesión y, a la vez, ofrezcan a los profesionales sanitarios un marco de seguridad para el ejercicio de su actividad.
3. Es conveniente que en cada centro asistencial exista un protocolo de acogida, específico para estos pacientes, que contemple las diversas alternativas técnicas de tratamiento de que puede disponer el centro, en función de la enfermedad de cada paciente y de los procedimientos terapéuticos previstos, así como los aspectos éticos y jurídicos implicados en la cuestión y el nivel de compromiso al que se puede llegar. Asimismo, deberán elaborarse documentos de consentimiento informado que contemplen las diversas alternativas de tratamiento posibles.
4. El rechazo al tratamiento deberá constar por escrito, como exige la ley, y la firma del consentimiento informado deberá realizarse de manera que garantice tanto la completa comprensión del paciente de los riesgos que el rechazo de la transfusión comporta, como la autonomía de la decisión de la persona sin coacciones externas de ningún tipo.
5. Como la ley prevé, con carácter general, para los casos en que el paciente no pueda manifestar directamente la propia voluntad, quienes deseen que sean respetadas sus decisiones de rechazo a la transfusión de sangre y hemoderivados deben otorgar un documento de instrucciones previas siguiendo los requisitos legales previstos. En las situaciones de urgencia vital y de imposibilidad del paciente para manifestar su voluntad, no serán vinculantes para los médicos las manifestaciones verbales de la familia o allegados si no van acompañadas del citado documento.
6. No se aceptará el consentimiento por sustitución en el caso de menores de edad, cuando el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado suponga riesgo grave para la salud o la vida del menor. Estas situaciones, cuando se produzcan, deberán ponerse en conocimiento de la autoridad competente.
7. En el desarrollo de las políticas públicas en el ámbito de la Región de Murcia destinadas a procurar medidas de tratamiento alternativas a las indicadas, las autoridades sanitarias deberán hacer una ponderación entre los principios de justicia, solidaridad, igualdad y la autonomía individual de quien rechaza un tratamiento estándar e indicado a la vez que solicita otro, puesto que estas intervenciones extraordinarias pudieran generar un incremento del gasto público que, en un contexto de limitación presupuestaria, podrían afectar a otras prestaciones.

En Murcia, a 12 de febrero de 2009

**RECOMENDACIONES DEL
CONSEJO ASESOR REGIONAL
DE ÉTICA ASISTENCIAL PARA LA
ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS
DE PACIENTES QUE RECHAZAN
LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE
Y/O HEMODERIVADOS**

Anexo al Acta de la sesión de 12 de febrero
de 2009 del Consejo Asesor Regional de
Ética Asistencial "Dr. D. Juan Gómez Rubí"