

Problemas relacionados
con las **actuaciones
sanitarias** en los
menores de edad

Comisión de **Bioética**
de Castilla y León



**Junta de
Castilla y León**



introducción

La atención sanitaria a los menores de edad puede plantear diferentes conflictos éticos a los sanitarios. En especial los médicos de los servicios de Urgencia y los médicos que tratan adolescentes pueden tener que tomar decisiones clínicas en casos en los que la recomendación del médico choca con los deseos del menor o de los padres. El presente documento de la Comisión de Bioética de Castilla y León trata de dar orientación al enfoque de estos conflictos, y pautas que ayuden a su solución correcta.

La relación sanitaria ha pasado en nuestra sociedad de ser una relación vertical, paternalista, donde el médico decidía la conducta a seguir, a una relación más horizontal, con énfasis en la autonomía del paciente, el cual debe ser partícipe en las decisiones. Expresión de la autonomía es el requisito del consentimiento o permiso del paciente para llevar a cabo actuaciones sanitarias sobre su cuerpo, previa información adecuada por parte del médico. A su vez, para la toma de decisiones y emitir un consentimiento para la actuación sanitaria sobre el propio cuerpo, el paciente debe de ser considerado competente, esto es, con la capacidad suficiente para tomar la decisión en cuestión. A los adultos se les supone la competencia, y para considerarlo incompetente la carga de la prueba recae sobre el médico; pero en el caso de los menores de edad la competencia o capacidad debe de ser evaluada en cada caso.

El niño ha ido realizando su desarrollo moral de forma paulatina, y desde los doce años se considera que de forma progresiva se va capacitando para disfrutar de sus derechos, y en especial los llamados derechos de personalidad. Estos son entre otros, el derecho a la vida, la integridad física y moral, el honor, la intimidad, la sexualidad y la opinión. La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero, de protección jurídica al menor, contempla el *reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos*.

Así pues, la capacidad progresiva o madurez del menor será un aspecto fundamental para la valoración de sus actuaciones, y en muchos casos corresponderá al clínico tratar de evaluar esta madurez para juzgar que el menor tiene capacidad para obrar. Hablamos por lo tanto del menor maduro, cuando tiene la madurez intelectual y emocional para entender lo que le pasa, para entender las propuestas de actuación que se le ofrecen, y las consecuencias de la acción (Ver figura 1).

- 1. Capacidad de ser informado. Que el adolescente pueda:**
 - Recibir y comprender la información.
 - Reconocer la información como relevante
 - Recordar la información
- 2. Capacidades cognitivas y afectivas: que el adolescente pueda:**
 - Tomar conciencia de que los acontecimientos le suceden a él
 - Razonar adecuadamente sobre las alternativas y sus consecuencias, comparando riesgo y beneficios
 - Jerarquizar las alternativas
- 3. Toma de decisiones: que el adolescente pueda:**
 - Seleccionar una de las opciones posibles y comunicarla
 - Expresar, hacerse cargo y reafirmarse en la decisión tomada
- 4. Revisión crítica del proceso de decisión:**
 - Una vez tomada la decisión, que el adolescente pueda razonar, discutir y contar a otro cómo y porqué ha tomado esa decisión.

Figura 1, modificada de *Pediatría Integral* 2007 XI:877-83.

La madurez del menor, como la capacidad del adulto no es una variable dicotómica, que se posee o no se posee. Más bien es una variable continua que evoluciona con el tiempo y que posiblemente en ningún caso llega a ser absoluta. Las personas podemos ser competentes para unas decisiones y no serlo para otras, o serlo más en un momento que en otro. Del mismo modo el menor podrá ser capaz para algunas decisiones que le atañan y no para otras, y en general,

podemos decir que debemos ser más exigentes en cuanto a la capacidad de las personas para tomar decisiones, cuanto más graves e irreversibles sean las consecuencias de las decisiones a tomar, aplicando la escala móvil de J F Drane (Ver figura 2). Podríamos estimar por ejemplo, que un menor estuviese capacitado para aceptar recibir tratamiento para el acné, pero no lo estuviese para decidir sobre una quimioterapia antitumoral.

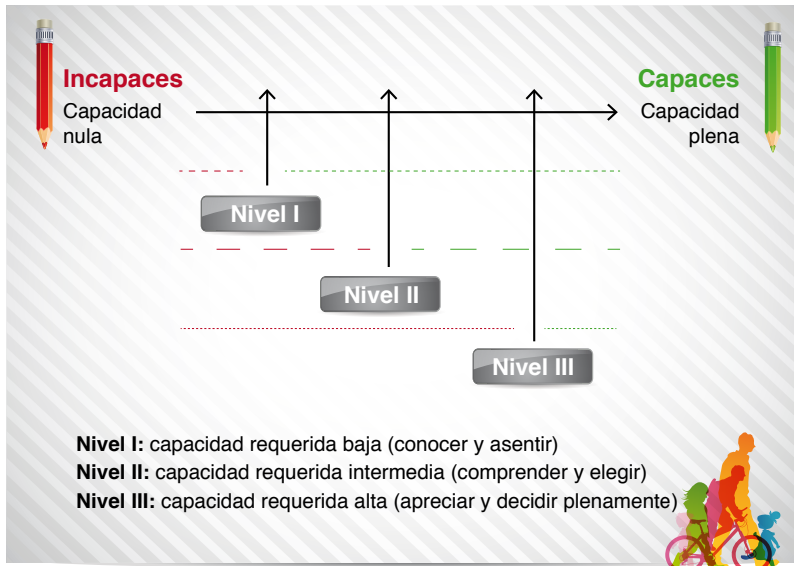


Fig. *Pediatría Integral* 2007 XI:877-83.

En cualquier caso, lo que es vital es un cambio de actitud en las relaciones de los sanitarios con los menores, que debe de ir desde la búsqueda del asentimiento de los niños en edad de comprender, hasta el extremo del consentimiento autónomo del menor maduro, sin el permiso paterno, en algunas circunstancias. Lo que ya no es defendible como axioma es que toda actuación sanitaria en todo menor precise como requisito del permiso de los padres.

Hasta recientemente, los padres o tutores eran los que ejercían la patria potestad, recibían la información y establecían de modo unilateral el permiso para el estudio o tratamiento en los menores.

En la actualidad, **a partir de los doce años**, la Ley 41/2002 y la Ley 8/2003 establecen que **el paciente debe de ser informado de acuerdo a su capacidad y debe de ser escuchada su opinión**. Si el médico mantiene dudas sobre la madurez del menor porque estima que no es capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento por representación lo dará el representante legal del menor.

A partir de los 16 años de edad las leyes establecen la mayoría de edad sanitaria; a partir de esa edad no cabe el consentimiento por representación. No obstante, en casos de actuación de grave riesgo y según criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisiones.

En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, (Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo) en mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento corresponde a la mujer, pero debe de informarse de esta decisión al menos a uno de los padres o tutores. Esta información podría omitirse si la menor alega fundamentadamente que dicha información le provocará un conflicto grave manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o cuando se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Quedan excluidas en cuanto a la mayoría de edad sanitaria a los 16 años la práctica de ensayos clínicos, la práctica de técnicas de reproducción asistida, la redacción de instrucciones previas y la donación de vivo, las cuales se rigen por lo establecido con carácter general, esto es, la mayoría de edad se tiene a los dieciocho años.

Conflicto entre obligaciones

El médico como profesional tiene deberes para con sus pacientes, resumidos en los **principios** de: *beneficencia* (obligación de buscar el bien del paciente) de *no maleficencia* (evitar que se haga daño), de *respeto a la autonomía del paciente* (obligación de obtener permiso para actuar sobre el otro), de *justicia* (buscando una distribución justa de los recursos sanitarios), y en diferentes **compromisos**, entre ellos el de *confidencialidad*.

Por otra parte, además de las obligaciones derivadas de la relación profesional, el médico actúa en sociedad, obligado por las leyes, y en las situaciones arriba descritas pudieran surgir conflictos por ejemplo entre la solicitud de confidencialidad por parte del paciente y la posible obligación de comunicar a los padres o tutores una enfermedad o situación de riesgo del menor. Del mismo modo, puede darse la obligación de comunicar a la autoridad judicial una sospecha de maltrato que debe hacer de lado la obligación de confidencialidad o de respeto a la autonomía. El médico, en las situaciones en las cuales están en riesgo los derechos del menor, está obligado a actuar como su defensor, y ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal si fuese necesario.

Difícilmente se podrían dar normas que contemplasen la solución correcta a los diferentes conflictos que se pueden plantear. *Como encuadre general será necesario decir que siempre, como norma, debe procurarse tomar decisiones meditadas, alejadas de los cursos extremos de acción, tratando de buscar vías intermedias, buscando mediadores en los conflictos, y de ser posible evitando tomar decisiones personales, sino decisiones de todo el equipo terapéutico, colegiadas, y preferiblemente basadas en protocolos de actuación consensuados en los servicios clínicos.*

En cualquier caso de discrepancia del médico con el paciente, o del paciente con sus padres, o del médico con los padres del paciente en defensa de la confidencialidad, *es imprescindible que el médico deje constancia por escrito de las indicaciones médicas y de las explicaciones y discrepancias surgidas.*

Así, es necesario que refleje en la historia clínica:

1. Las indicaciones médicas que motivan la indicación realizada y las explicaciones que se han dado a los interesados.
2. La ausencia de contraindicación médica al tratamiento que se ha propuesto.
3. La madurez intelectual y emocional, en el caso de que así sea, que el médico aprecia en el paciente, y que por lo tanto le capacita para tomar la decisión en cuestión.
4. Que se ha aconsejado al menor, como así debe de ser, que comunique a sus padres lo referente a la consulta que ha hecho.

Problemas planteados

La situación ideal y deseable es aquella en la cual el sanitario, los padres y el menor están de acuerdo en cual es la manera adecuada de actuar; así no habrá conflicto. Pero existen muchas situaciones potenciales en las cuales pueden plantearse problemas de solución compleja:

- Situaciones en las cuales los padres, de acuerdo con el menor, no consienten una actuación sanitaria sobre éste.
- Situaciones en las cuales los padres no consienten la actuación sanitaria, en desacuerdo con un menor maduro.
- Situaciones en las cuales el menor maduro solicita una actuación sanitaria sin la presencia o consentimiento de los padres, o exigiendo la confidencialidad, y plantea al sanitario dudas sobre la responsabilidad en la que puede incurrir.

Situaciones de discrepancia entre el equipo terapéutico y los padres.

En esta situación se plantea básicamente el posible daño que se podría producir al paciente como consecuencia de no realizársele los estudios o tratamientos que se aconsejan. Situaciones paradigmáticas serían los conflictos que se plantean basándose en creencias religiosas o de sectas que podrían poner en riesgo la vida del menor.

El conflicto se plantea por la discrepancia que puede existir entre los padres y los sanitarios acerca de lo que es bueno para el niño. Lo que puede ser bueno para los padres (por ejemplo, evitar que su hijo reciba derivados sanguíneos) podría poner en peligro la vida del niño, y si el médico estima vital la transfusión estaría obligado a defender el beneficio del menor.

Inicialmente, corresponde a los padres o tutores decidir lo que es bueno para el niño, y ni el Estado ni el médico debieran inmiscuirse en esta valoración. Pero no es lo mismo discrepar sobre la conveniencia de practicar una adenoidectomía, por indicada que la crea el médico, que negarse a administrar antibióticos en una meningitis bacteriana debido que los padres practican unas creencias

naturalistas. En el primer caso habrá tiempo de reflexión, consenso, observar la evolución, llegar a pactos, aceptar demoras..., mientras que en el segundo se pone en peligro la vida del paciente si no se actúa con urgencia. En el campo de las indicaciones médicas cuando la vida está potencialmente en peligro, el criterio del profesional para defender el derecho a la vida debe estar por encima de los derechos de la patria potestad, la cual nunca puede ser ejercida de modo maleficente para los hijos, sino únicamente en beneficio del menor.

En los menores entre los 12 y los 16 años se supondrá la inmadurez por defecto, y la evaluación de su capacidad, si se dispusiera del tiempo necesario para ello, debiera de ser muy rigurosa y de la máxima exigencia para juzgarlo como maduro, pues el reconocimiento de la madurez del menor implicaría respetar su rechazo a recibir un tratamiento de posible importancia vital.

Por lo tanto, en casos donde se pone en **peligro la vida** o el bienestar futuro del niño de forma grave, la sociedad debe de tratar de evitar el daño al menor, y el médico estaría obligado a actuar en contra de la voluntad de los padres con previa o posterior comunicación a la autoridad judicial, según la urgencia del caso.

Situaciones en las que el menor maduro da su consentimiento, en contra del criterio de los padres.

Cuando el paciente sea un menor maduro, la decisión debe ser tomada haciéndole partícipe. El menor maduro debe ser escuchado, y su consentimiento debe recabarse para tomar las decisiones. Si cumple los criterios de capacidad y el médico estima que la decisión que toma es en su mayor beneficio, debe de actuarse según esta decisión. Dado el conflicto que se genera al actuar en contra de la opinión de los padres, en situaciones inaplazables se actuará poniéndolo en conocimiento del Juzgado. En situaciones aplazables se tratará de buscar vías intermedias dialogando con las partes y estableciendo vigilancia posterior para asegurar el beneficio del menor.



Situaciones en las que el menor maduro solicita asistencia sin el permiso paterno.

Las consultas relacionadas con anticoncepción, o problemas derivados del uso del alcohol o drogas, con frecuencia se realizan por el menor en ausencia de sus padres. El médico debe evaluar la madurez del menor para el asunto en cuestión como paso previo a tomar alguna decisión. En las solicitudes que no conllevan riesgos para la salud del paciente, y de las cuales desea mantener la confidencialidad, podrá prestarse la atención solicitada sin informar a los padres, aun a solicitud de éstos, si se ha juzgado que el menor tiene la capacidad suficiente. Cuando exista una situación de riesgo, los padres serán informados según el criterio del facultativo, y su opinión será tenida en cuenta.

En el caso de consulta por efectos derivados del uso de drogas, el médico debe hacer las mismas evaluaciones de madurez, así como estimar el riesgo para la salud del paciente. Debe estimular al paciente la revelación del problema a sus padres y proponer caminos intermedios por medio del uso de los equipos de atención primaria, asistencia social, y en general todos los recursos posibles que faciliten el tratamiento del problema de fondo. Considerando el perjuicio que se derivaría de la ruptura de la confidencialidad para consultas futuras, y estimando un balance riesgo beneficio, optará por una cita posterior en la que replantear el problema o la comunicación a los padres.

Como se dijo arriba, en todos estos casos debe constar en la historia clínica la evaluación de madurez que ha hecho el médico, la ausencia de contraindicaciones para el tratamiento propuesto, la indicación de este tratamiento, y el consejo dado al menor de que comunique a sus padres los hechos.

Si la situación implica el ingreso en el hospital debe comunicarse este hecho a los padres a pesar de la negativa del paciente, si bien en el caso de menores maduros, si hubiese discrepancias con los padres, el consentimiento para las actuaciones podrá ser exclusivamente competencia del menor.

En el caso de solicitud de interrupción voluntaria del embarazo, en mujeres de 16 y 17 años el consentimiento pertenece a la mujer, pero al menos uno de los padres o tutores serán informados de esta decisión salvo que se alegue conflicto grave (ver pag. 6).

Bibliografía



Gracia D., Jarabo Y., Martín N., Ríos J. *Toma de decisiones en el paciente menor de edad*. Med Clin (Barc) 2001; 117:179–90.

Simón P, Rodríguez JJ., Martínez A., López M., Júdez J. *La capacidad de los pacientes para tomar decisiones*. Med Clin (Barc) 2001; 117:419–26.

Tejedor JC., Crespo D., Niño E. *Consentimiento y confidencialidad en medicina del niño y adolescente*. Med Clin (Barc) 1998; 111:105–111.

Simón P. Barrio I. *La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico*. Rev Esp Pediatr 1997; 53 (2):107–118.

Holder A. *Minor rights to consent to medical care*. JAMA 1987; 257:3400–2.

Ogando B., García C. *Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro*. Pediatr Integral 2007; XI(10):877:883

Drane J F *Las múltiples caras de la competencia*. En: Couceiro A, ed *Bioética para clínicos*. Madrid Triacastela; 1999. p 163–76.

<http://www.aeds.org/congreso4/4congre-6.htm> *La minoría madura*. J.M. Martínez- Pereda.

http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/professio/numero2/servei2_resp.htm *Assistència a menors, adolescents i maltractament*. Servei de Responsabilitat Professional. COMB.

<http://www.cgcom.org/sites/default/files/etica%20medica.pdf>. *Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la ética médica en la atención del menor maduro*.

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.

Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Comisión de **Bioética** de **Castilla y León**

> **Presidente:**

Diego Gracia Guillén

> **Vicepresidente:**

Antonio Blanco Mercadé

> **Secretario:**

Carmen Fernández Alonso

> **Vocales:**

Gracia Álvarez Andrés

M^a del Carmen del Amo Vega

Agustín del Cañizo Fernández-Roldán

Carmen Cardeñosa García

M^a Jesús Coma del Corral

Manuel García Urbón

Natalia de la Horra Vergara

M^a Jesús Ladrón de San Ceferino

M^a Ángeles de Marino Gómez-Sandoval

Juan Carlos Martín Escudero

Santiago Martín Moreno

Alberto Orfao de Matos

Mafalda Rodríguez-Losada Allende







**Junta de
Castilla y León**