

No todo es clínica



El menor, ¿protagonista de su salud?

Rosario Jiménez Leal

Médico de Familia.

Atenció Primària Vallcarca – Sant Gervasi. Barcelona.

Coordinadora del Grupo de Trabajo Atención a la Adolescencia. SemFYC.

PUNTOS CLAVE

- La entrevista clínica con el adolescente debe realizarse a solas, respetando la confidencialidad y facilitando la comunicación en un ámbito de confianza.
- Pese a que la mayoría de edad en España se alcanza a los 18 años, hay diferentes leyes y códigos que reconocen derechos de los adolescentes menores de edad.
- La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente (41/2002) es la que reconoce a nivel sanitario que un paciente mayor de 16 años puede consentir por sí mismo en temas relacionados con la salud.
- Se excluyen actualmente sólo la participación en ensayos clínicos y en técnicas de reproducción asistida.
- Con la nueva Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, queda modulado el derecho de las menores de 16 y 17 años a decidir sobre la interrupción del embarazo y se informará a los padres a menos que la menor considere un riesgo importante este hecho.
- Un menor entre 12 y 16 años, si es considerado maduro por el profesional que lo atiende, tiene la capacidad para tomar decisiones sanitarias.
- La madurez de un menor depende tanto del individuo como del motivo de consulta. Cada situación precisará reevaluar dicha madurez.
- La patria potestad debe ser ejercida siempre en beneficio de los hijos, ayudándolos al desarrollo de su personalidad. Quedan excluidas de la misma los derechos de la personalidad.
- Si en beneficio del menor, el profesional decide romper la petición de confidencialidad, se le comunicará al paciente esta situación y se intentará mantener la relación asistencial.

La atención a los adolescentes en la atención primaria no deja indiferente a los profesionales y uno de los temas que más preocupa y provoca debate es el hecho de su minoría de edad y la posibilidad de problemas legales¹ frente a los padres si no se les informa de dicha atención.

Al revisar las recomendaciones sobre cómo entrevistar a los adolescentes, todos los autores coinciden en la necesidad de establecer entrevistas clínicas a solas con el adolescente, respetando la confidencialidad y facilitando la comunicación en un ámbito de confianza^{2,3}. Es cuando los profesionales siguen estas recomendaciones que llegan a acercarse a la realidad y los posibles riesgos para la salud de alguno de los adolescentes que visitar, y aquí surge el problema: ¿Qué parte de esta información debe compartirse con los padres o tutores? ¿Qué riesgo tiene que asumir el profesional frente a una posible reclamación legal?

A lo largo del siguiente artículo intentaremos dar respuesta a estas dudas, desde las leyes que existen en nuestro país y los principales aspectos éticos que afectan a la atención a los menores. Sin duda, la gran pregunta que hay que responder ante la duda será: ¿Qué es lo mejor para el menor al que atiendo en consulta?

MARCO LEGAL Y MENORES DE EDAD

La mayoría de edad se adquiere en España al cumplir los 18 años, según lo establecido por el Artículo 12 de la Constitución Española⁴. En este momento se presume que la persona tiene la capacidad jurídica de obrar de forma autónoma, salvo que medie algún tipo de incapacidad.

El concepto de mayoría de edad es imprescindible desde el punto de vista jurídico, pero según diferentes leyes y normas no siempre se considera menor a la persona que no ha cumplido los 18 años de edad, y encontramos excepciones que permiten al menor actuar como un adulto⁵. Algunos ejemplos de estas diferencias de responsabilidad con respecto a la edad, serían:

- Artículo 2 de la Ley Electoral, hasta los 18 años de edad no se puede ni votar ni resultar elegido para cargo público.
- Código Civil⁶, en diferentes artículos permite casarse a partir de los 14 años (con dispensa judicial) y entonces el menor quedará emancipado y podrá asimismo hacer testamento de

ser necesario. Además, la emancipación se puede conseguir a los 16 años por concesión de los padres y con el consentimiento del hijo o bien de facto en menores que llevan vida independiente.

- El Código Penal⁷ presume falta de consentimiento para mantener relaciones sexuales por debajo de los 13 años, pero por encima de esa edad se entiende que el menor es capaz de consentir para tener relaciones.
- Según el Estatuto de los Trabajadores, el trabajo es legal desde los 16 años, y el Código Civil reconoce el derecho del menor a administrar lo que gana, pero hay aspectos como la compra de tabaco y la ingesta de alcohol que no son legales hasta alcanzar la mayoría de edad.
- Las Leyes Penales (Código Penal y Ley del Menor⁸) distinguen diferentes tramos de edad hasta los 18 años, a efectos sancionadores, considerando que por debajo de los 14 años se deben aplicar normas de protección de estos menores y las sanciones varían en función de si el menor ha alcanzado o no los 16 años.
- A nivel de salud, La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente (41/2002)⁹ reconoce, en su artículo 9.3, que en caso de un menor emancipado o a partir de los 16 años de edad, no se puede prestar el consentimiento por representación. Así, la mayoría de edad, exceptuando alguna situación, queda marcada en los 16 años. Esta misma ley afirma que si el menor no es capaz intelectualmente ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento será otorgado por el representante legal después de escuchar la opinión del menor si éste tiene 12 años o más. De esta manera, entre los 12 y los 16 años la capacidad o madurez del menor será la que permita consentir o no un acto médico.

Esta última ley es la que recoge ampliamente los derechos de los menores y los deberes de los profesionales en la atención sanitaria a los mismos y será la que intentaremos desarrollar en mayor profundidad a lo largo de este artículo. La **tabla 1** intenta ser un resumen de las diferentes «mayorías de edad».

MARCO LEGAL Y ATENCIÓN SANITARIA

Todo acto médico necesita el consentimiento del paciente, y para que éste sea válido el individuo que lo otorga debe tener la **capacidad de obrar o madurez suficiente**. A partir de la mayoría de edad, se considera que esta capacidad existe siempre, y la posible incapacidad es una excepción y habría de demostrarse por vía judicial. Como anteriormente se ha descrito, la mayoría de edad en España se inicia a los 18 años cumplidos y, por lo tanto, no tiene que existir ninguna duda legal para atender a estos jóvenes.

Tabla 1

Algunas mayorías de edad

Edad	Mayoría de edad
18 años	Civil Contractual Penal Electoral
16 años	Laboral Sanitaria
14 años	Matrimonial Testamentaria Asociativa Uso de armas con finalidad cinegética o deportiva
13 años	Sexual

Adaptado de Francesc José María i Sánchez. Abogado.

La **Ley 41/2002** de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de pacientes y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, relaciona diferentes derechos de los pacientes (y, por supuesto, también de los menores de edad):

- Derecho de información sanitaria.
- Derecho a la intimidad.
- Respeto a la autonomía del paciente.
- Historia clínica.

Cuando habla de la **Autonomía** del paciente, el texto hace referencia al consentimiento informado y a los límites del mismo, y con respecto a la edad marca varias diferencias:

- Persona menor de 12 años, que en general se presume que no tiene capacidad o madurez suficiente y han de consentir por ella.
- Si el menor tiene 16 o más años, debe dar personalmente consentimiento y si la intervención es muy grave, el facultativo decidirá si debe informar a los padres aunque éstos no podrán decidir por el menor si éste es capaz (existen tres excepciones, que veremos más adelante).
- Si el menor no es capaz intelectual y emocionalmente de tomar la decisión, el consentimiento lo dará el representante legal, escuchando la opinión del menor si éste tiene más de 12 años. De manera que es en esta franja de edad, entre los 12 y 16 años, donde los profesionales debemos decidir sobre la supuesta capacidad de obrar o madurez del menor y dependerá no sólo de la edad, sino de la demanda en concreto y la gravedad de la intervención (no será lo mismo dar un tratamiento poscoital a una chica de 15 años en consulta, que un sábado en urgencias y cuando tiene signos evidentes de haber consumido alcohol en exceso).

Tabla 2

Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**Artículo 13.4**

- En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas, de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad
- Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer
- Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo

Boletín Oficial del Estado. Núm. 55. Jueves, 4 de marzo de 2010. Sec. 1. Pág. 21001

- La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad. La reciente Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo¹⁰, regula el derecho de las menores de 16 y 17 años de edad a consentir por sí mismas en una interrupción de embarazo; establece que se debe valorar, de acuerdo con la joven, la comunicación a la familia, que en la mayoría de ocasiones supondrá un apoyo para la paciente (tabla 2).

Además de estas diferencias legales, tenemos normas concretas que limitan también la posibilidad de que un menor pueda consentir para realizar o no determinados actos sanitarios, de manera que es necesario ser mayor de 18 años para:

- Dar sangre, tejidos u órganos para trasplantes.
- Consentir para ser receptor de un órgano.
- Consentir para intervenciones para cambio de sexo.
- Someterse a cirugía puramente estética.
- Otorgar voluntades anticipadas.

PATRIA POTESTAD. DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES

Los padres son titulares de la patria potestad y esto hace referencia al conjunto de derechos y obligaciones que la ley reconoce a los padres sobre sus hijos y los bienes de éstos, mientras los hijos son menores de edad o se hallen incapacitados.

Tabla 3

Artículo 154 del Código Civil Español

- Los hijos no emancipados están bajo la potestad del padre y de la madre
- La patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y comprende los siguientes deberes y facultades:
 - 1.º Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral
 - 2.º Representarlos y administrar sus bienes
- Si los hijos tuvieren suficiente juicio, deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten
- Los padres podrán, en el ejercicio de su potestad, recabar el auxilio de la autoridad. Podrán también corregir razonable y moderadamente a los hijos

Tabla 4

Artículo 162 del Código Civil Español

- Los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados
- Se exceptúan:
 - 1.º Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las Leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo
 - 2.º Aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo
 - 3.º Los relativos a bienes que estén excluidos de la administración de los padres

Esta potestad parental debe ser ejercida siempre en beneficio de los hijos y ayudándolos en el desarrollo de su personalidad (tabla 3).

Hemos de conocer que se exceptúan de la representación legal los actos relativos a derechos de la personalidad entre otros (tabla 4). Dentro de estos derechos personalísimos hallamos, por ejemplo: el derecho a la vida, a la salud, a la integridad física, la libertad de consciencia y al ejercicio y uso de su sexualidad.

De esta manera, el ejercicio de los derechos de los menores se puede ver moderado por la patria potestad de los padres en los casos que sea necesario completar su capacidad; especialmente por el deber de los padres o tutores de velar y proteger a los menores, sobre todo cuando se encuentran en una situación de riesgo para su vida y su salud.

La mayoría de las veces no tendremos ninguna dificultad en la atención sanitaria a un menor para decidir qué información

es necesario compartir o no con los padres: el menor no realiza conductas que atenten de forma importante contra su salud y además confía en sus padres.

Pueden existir situaciones en las que el menor con suficiente madurez o mayor de 16 años pida de forma explícita que no se comunique una determinada situación a los padres (pensemos, p. ej., en un consumo de derivados del cannabis, una demanda de anticoncepción de emergencia, o un embarazo no planificado, etc.). En estas situaciones el profesional sanitario debe mantener la confidencialidad¹¹ y valorar el mayor interés para el paciente, asegurándose de que el menor tenga suficiente grado de madurez, detectando el motivo de conflicto entre el menor y los padres y facilitando la resolución, si es posible.

La precipitación en informar a los padres puede hacer perder el vínculo asistencial y es necesario acompañar al menor en la decisión que debe tomar. En el momento de informar a los padres, el profesional sanitario puede ofrecerse a mediar en esta comunicación, ayudando al menor a asumir sus responsabilidades y a pedir ayuda a su entorno, que le puede apoyar en la situación que acontece.

Excepcionalmente, el menor suficientemente maduro intelectual y emocionalmente en relación a una determinada intervención sanitaria, mantendrá la voluntad de no informar a sus padres o tutores y entonces el profesional sanitario está obligado a mantener esta confidencialidad, excepto si existen excepciones a la misma.

Si el profesional sanitario, visto todo lo anterior y en beneficio del paciente, decide comunicar a los padres la situación en concreto, es importante que esto le sea comunicado al menor, al igual que las causas por las que el profesional se ve obligado a tomar dicha decisión.

...«Entiendo que no quieras explicar a tus padres el problema que tienes con el peso y la dieta, pero hemos ido hablando de ello en varias visitas y creo que necesitas tratamiento especializado: estás iniciando un trastorno de la alimentación que puede ser un problema de salud muy grave. En este momento creo que tus padres pueden ayudarte y es mi obligación hablar con ellos dadas las consecuencias para la salud que tienen este tipo de enfermedades. Sentiría que no quisieras seguir visitándote conmigo, pero lo entendería y es tu decisión... lo que no quería era hablar de tus problemas con tus padres a escondidas. ¿Qué hacemos, los llamo o prefieres que quedemos un día todos en la consulta y lo explicamos entre las dos?»

LA AUTONOMÍA DEL MENOR

Se entiende por autonomía el principio de decidir por uno mismo y asumir la responsabilidad moral de las propias decisiones.

Para que exista autonomía de forma real, se deben cumplir tres requisitos:

- **Libertad:** ausencia de coacción, pese a que podría ser legítimo cierto grado de persuasión.
- **Competencia:** capacidad puntual y específica de comprender la situación y tomar decisiones y asumir las consecuencias derivadas de éstas.
- **Información:** adecuada a la situación y decisión que debe tomarse.

Si se cumplen estos tres requisitos, por grave o incómoda que les parezca a los profesionales la decisión del paciente, ésta debe ser aceptada.

El menor tiene la capacidad de obrar a medida que se va desarrollando de forma progresiva a la edad, adquiriendo una progresiva autonomía.

La regla básica del consentimiento informado del menor considerado maduro o mayor de 16 años es que ha de consentir por sí mismo. Esto incluye aceptar la decisión de informar o no a sus padres si el menor así lo decide.

El profesional sanitario debe ayudar al paciente a que tome la mejor decisión para su salud y promover la autonomía, que lleva inherente la capacidad de la persona para actuar de forma positiva sobre su salud.

El menor, en función de esta autonomía, tiene derecho a la confidencialidad en su atención sanitaria: puede decidir qué información quiere o no compartir.

Esta autonomía y el derecho a la confidencialidad, tiene la limitación de la pérdida de competencia por alguna causa puntual o permanente, del riesgo de provocar un daño a un tercero o en situaciones de riesgo grave para la salud que deben ser evaluadas de forma muy cuidadosa ([tabla 5](#)).

El menor es especialmente vulnerable y su autonomía puede ser amenazada con mayor frecuencia que la de un adulto, de manera que hay que ser especialmente cuidadosos desde los servicios sanitarios para defender los derechos de estos pacientes, sin que ello nos lleve a cometer errores, como serían:

- No darles la información necesaria o no asegurarse de que la han entendido para que así puedan tomar las decisiones que más los favorezcan. Esto hace que pueda ser necesario acompañarlos en la toma de dichas decisiones.
- Olvidar a los padres o tutores en el proceso de salud y enfermedad de estos menores. La familia y un soporte adulto serán necesarios muchas veces y casi siempre beneficiosos. Se

Tabla 5

Excepciones al derecho de la confidencialidad

- Que la situación médica represente un riesgo real para un tercero. Para valorar esto, se tendrá en cuenta:
 - La gravedad del daño
 - La probabilidad de que ocurra
 - La posibilidad de identificar a víctimas potenciales
 - La inminencia del daño
 - La probabilidad de que al comunicarlo o intervenir pueda disminuir el riesgo o la gravedad
 - Si el mismo paciente es el agente del daño
- Grave riesgo para la salud o vida del menor. Los padres serán informados y su opinión se tendrá en cuenta para la toma de decisión
- En caso de que el menor sea víctima o se sospeche un delito de maltrato, agresión o abuso sexual
- En caso de que haya motivos de salud pública

hará necesario trabajar con los menores el poder compartir, por su bien, información sanitaria con los padres.

- Obligarlos a decidir si no se ven capaces. Esta situación obliga a ser muy cuidadoso con la información, ayudar en la toma de decisiones y favorecer la confianza del menor con adultos de su entorno que lo puedan ayudar.
- Hacer siempre caso de su decisión, cuando ésta pueda estar influenciada por otros factores. Ya hemos visto que la competencia en estas edades no es permanente y depende de la decisión y el acto concreto.
- Abandonarlos en la asistencia porque la decisión que han tomado no se ajusta a nuestra opinión. El deber de atenderlos es inexcusable.

MEJOR MADURO

Por menor maduro entendemos a una persona legalmente menor de edad, pero con capacidad suficiente para involucrarse en la toma de decisiones que le afectan. Como hemos visto anteriormente, esto se debe a que las leyes recogen el derecho del menor a partir de los 12 años, si es suficientemente maduro, a decidir por sí mismo y disfrutar de los derechos de la personalidad.

Los principales estudios de psicología evolutiva concluyen que la mayoría de los adolescentes llegan a su madurez moral antes de los 18 años, entre los 13 y los 15 años.

Ya hemos visto que, en temas sanitarios, **a partir de los 16 años** el menor decidirá por sí mismo en la mayoría de

Tabla 6

Resumen atención a los adolescentes y jóvenes

Edades	Tipo de atención sanitaria
18 años o más	Estos pacientes, excepto si han sido incapacitados legalmente, siempre son autónomos en el ámbito sanitario y en cualquier otro
De 16 a 18 años	A nivel sanitario autónomos, pueden dar siempre consentimiento excepto en ensayos clínicos y prácticas de técnicas de reproducción asistida Según la gravedad, el profesional sanitario lo comunicará a padres o tutores, con el conocimiento del menor
De 12 a 16 años	La autonomía dependerá de que exista o no madurez suficiente: no es absoluta, depende del acto médico en sí y es decidida por el profesional que presta la atención Si el menor no es considerado maduro, siempre, como mínimo se le debe informar y escuchar su opinión
Menor de 12 años	No tiene capacidad suficiente y han de consentir por él Debe recibir información de la asistencia clara e inteligible para minimizar los posibles miedos a la atención médica

las situaciones, y se le supone esta madurez. Existen algunas situaciones que pueden obligar al profesional a informar a los padres y tener en cuenta su opinión (éstas son similares a las del resto de pacientes mayores de edad): estado físico o psíquico que no permita hacerse cargo de la situación, incapacitaciones legales, situaciones de riesgo grave, adicción o dependencia de sustancias, etc.

Entre los 12 y 16 años es donde se hace más importante evaluar la madurez, tanto intelectual como emocional, de un menor para tomar una determinada decisión (**tabla 6**).

Esta madurez o competencia no es permanente y depende del momento y de la decisión a tomar. La determinación de dicha madurez corresponde al profesional que habrá de comprobar la capacidad del menor para comprender los riesgos y beneficios del tratamiento o intervención.

La valoración de la competencia se efectuará en relación a un **acto o situación concretos**, no siendo una capacidad permanente, igual que ocurre en pacientes adultos, pero en menores todavía es más importante tener en cuenta variables, como son:

- Capacidad personal del menor.
- Estado emocional.
- Edad.
- Gravedad.
- Riesgo.
- Consecuencias de la decisión.

Podemos comparar dos situaciones clínicas similares, para poner de manifiesto las diferencias que pueden existir:

- **Situación número 1.** Chica de 15 años que acude el lunes por la tarde a la consulta de su médico de familia con una petición de anticoncepción de emergencia tras una relación con rotura de preservativo la tarde anterior. La menor tiene historia en el centro, el profesional la conoce y han trabajado posibles conductas de riesgo. El profesional pauta el tratamiento, no informa a la familia y la cita 15 días más tarde para ver si ha habido alguna dificultad con el tratamiento.
- **Situación número 2.** Chica de 15 años, la misma, consulta a urgencias hospitalarias un sábado a las 2 horas de la madrugada, acompañada de una amiga de su edad, que la trae porque en una fiesta han estado bebiendo, ha vomitado y está muy mareada. El profesional sanitario no conoce de nada a la paciente ni a su familia, y detecta signos de consumo de alcohol también en la acompañante (habla algo inconexa, risas «tontas», etc.) Dada esta circunstancia, decide que la menor no es competente en este momento e informa a la familia, para asegurar que ambas menores no corran ningún riesgo añadido.

Es relativamente fácil aplicar la doctrina del menor maduro cuando las decisiones son de bajo riesgo y gran beneficio, pero en otras situaciones esto será más difícil. Reciente es el ejemplo de Hannah Jones, una niña británica enferma desde su nacimiento que se negó a someterse a un trasplante cardíaco en contra de la opinión de los médicos y la justicia le dio la razón. En este caso, los padres apoyaron la decisión de su hija y los jueces la consideraron suficientemente madura... Unos meses más tarde, ella misma rectificó y aceptó recibir dicho tratamiento.

No existen instrumentos de medida fiables para determinar la madurez o competencia de un menor, pero hay cuatro aspectos que nos pueden ayudar a determinar si el menor es competente para tomar autónomamente una decisión:

1. Capacidad para expresar una elección.
2. Capacidad para entender la información relevante de la situación antes de tomar la decisión.
3. Capacidad para evaluar las consecuencias de su decisión sobre su salud y calidad de vida.
4. Capacidad para razonar y desarrollar un proceso lógico donde a partir de la información recibida, considere la situación desde su realidad y fundamente su decisión, ponderando los riesgos y los beneficios.

Los **menores de 12 años** no pueden ser considerados maduros, pero deben ser informados y su opinión tenida en cuenta de cara a las decisiones médicas que tomarán sus padres o tutores en su representación.

A NIVEL PRÁCTICO

«Paciente de 15 años que acude a la consulta acompañado de su madre. Ésta solicita que se le realice a su hijo un análisis de sangre para identificar tóxicos pues ha encontrado una bolsa con marihuana en su dormitorio y el menor dice que es de un amigo y que él no consume.»

Enfocar y llevar a cabo una entrevista clínica con un menor que es obligado a acudir a la consulta con una demanda muy concreta puede resultar complicado¹².

Como recomiendan la mayoría de autores en una primera fase, es necesario escuchar y descargar todas las ansiedades de la madre, para después quedarnos a solas con el adolescente y poder profundizar en el motivo de consulta.

Es necesario tratar, inicialmente, al menor como si fuera maduro, no tenemos ningún dato que nos haga pensar que no lo es y además a menudo lo conocemos de otras visitas. Así pues, remarcaremos la confidencialidad de la entrevista que permitirá que el menor confíe en nosotros.

Este adolescente en concreto nos confirma que la droga no es suya, sino de un amigo y que él normalmente no consume, pero ocasionalmente sí que fuma alguna calada. No quiere decirle nada a su madre porque es una «neura» con estos temas y no piensa hacerse el análisis porque sabe que en la orina se eliminan los derivados del cannabis durante muchos días y podría ser positivo.

Valorado el caso concreto y el paciente, lo consideramos maduro y no creemos que su consumo suponga un riesgo grave para la salud, pero ¿qué información transmitimos a la madre? Un ejemplo, pactado previamente con el menor, podría ser:

«*María, entiendo esté usted preocupada por la droga que ha encontrado en casa y le agradezco la confianza trayendo a Rubén para que yo lo visite. Hemos estado hablando y no considero que deba usted preocuparse porque Rubén tenga un problema de adicción. En este caso, él es suficiente maduro para decidir si quiere o no hacerse un análisis de orina y yo no lo puedo obligar contra su voluntad, de manera que de momento no lo haremos, aunque hemos quedado con él dentro de 15 días para volver a comentar el tema.*

«*No se preocupe, si en algún momento detectara que existe un riesgo grave para la salud de Rubén, no dude que se lo comunicaría.*»

Otra solución válida sería convencer al menor de que lo mejor es explicarle la verdad a su madre e intentar tranquilizarla y hacer un seguimiento. Lo que no sería ética ni legalmente válido sería aceptar la petición de la madre y pedir el análisis: esto hace que el menor nunca más cuente con el profesional y además atenta contra sus derechos, aunque la madre es posible que estuviera encantada...

Cada situación, cada motivo de consulta, cada menor y cada familia es diferente, pero debemos asegurar que la atención sanitaria que reciben nuestros menores se basa en criterios de calidad y los hace autónomos y cada vez más responsables de su salud.

RESUMEN

La atención sanitaria a los menores de edad supone el reto para los profesionales de la salud de respetar su derecho a la confidencialidad y a decidir sobre su salud. Ocasionalmente, este derecho del menor puede entrar en conflicto con los derechos y deberes de los padres o tutores y los profesionales sanitarios deben conocer de forma clara el ámbito legal y ético de la atención a estas edades.

A nivel sanitario, tres franjas de edad son muy importantes de cara a la atención a los menores:

- Menores de 12 años: serán informados y sus opiniones tenidas en cuenta, pero la decisión la toman sus padres.
- Entre 12 y 16 años: si son considerados maduros por el profesional que los atiende para un motivo concreto de consulta, pueden decidir por sí mismos.
- Mayores de 16 años, con alguna excepción, a nivel de salud deciden siempre por ellos mismos.

Normalmente no existe conflicto entre si se debe informar o no a los padres: las decisiones compartidas tienen gran beneficio para el menor, los menores entienden que los padres suponen un elemento favorable en su proceso de salud-enfermedad, no hay desacuerdo entre las decisiones tomadas por el menor y lo que piensan los padres... De existir este conflicto y si el menor es maduro pero el profesional sanitario entiende que lo mejor para la situación concreta es que los padres estén informados, se le debe comunicar así al paciente e intentar ayudarlo a que él mismo comparta esta información.

Agradecimientos

A todos los miembros del grupo de trabajo sobre la persona menor en el ámbito de la Salud del Comité de Bioética de Catalunya. Este artículo habría sido imposible sin el esfuerzo realizado por todos para revisar el marco legal y ético existente en nuestro país.

A Marta Ginés i Padrós, abogada y especialista en Derecho de familia, por hacer la revisión final del resumen legal y evitar que aparezcan errores o inexactitudes.

LECTURA RECOMENDADA

La persona menor en el ámbito de la salud. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir89/menorsalutesp.pdf>.

Documento de consenso del Grupo de trabajo sobre la persona menor en el ámbito de la salud, del Comitè de Bioètica de Catalunya.

Publicado en verano del 2009, recoge más de 2 años de trabajo y de consenso de diferentes profesionales que trabajan en la atención a los adolescentes desde diferentes ámbitos: escuela, derecho, salud, etc. Revisa el marco legal y ético e intenta dar claves prácticas para atender a los menores en los diferentes ámbitos: atención primaria, urgencias, ingresos hospitalarios, programas sanitarios en centros escolares, etc.

Los profesionales de la medicina no acostumbran a leer leyes que aparecen publicadas en el BOE (Boletín Oficial del Estado) o artículos de discusión donde juristas con experiencia en un tema «interpretan» la ley conforme a lo que el legislador pretendía.

Dentro de las citas bibliográficas hay un par de documentos de juristas que opinan sobre la atención a los menores y su marco legal, y posteriormente quedan recogidas las leyes más importantes a las que hace referencia el texto anterior.

Desde la medicina podemos pensar que las leyes son marcos claros de actuación y sorprende la «interpretación» que se hace de ellas, que depende, con demasiada frecuencia, de las tendencias ideológicas del abogado o juez concreto.

Sería recomendable leer alguno de estos documentos para familiarizarse con el lenguaje usado en estos ámbitos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia D, Jarabo Y, Martín Espildora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clí (Barc)*. 2001;117:179-90.
2. García-Tornel S. La entrevista con el adolescente. *JANO*. 1989;27:43-6.
3. Casado I. Entrevistando a los adolescentes. *AMF*. 2005;1(3):138-47.
4. Constitución Española de 1978. Disponible en: http://www.la-moncloa.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/constitucion_ES.pdf
5. Gete-Alonso i Calera, M del C. Manifestacions de l'autonomia del menor en la normativa catalana. *Indret* 1/2005. (www.indret.com).
6. Código Civil de 1889. Disponible en: <http://dgraj.mju.es/secretariosjudiciales/docs/codigocivil.pdf>
7. Código Penal de 1995. Disponible en: <http://dgraj.mju.es/secretariosjudiciales/docs/codigopenal.pdf>
8. Ley Orgánica 5/2000, del 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Disponible en: <http://dgraj.mju.es/secretariosjudiciales/docs/codigopenal.pdf>
9. Ley Orgánica 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. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ley_autonomia_paciente.pdf
10. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
11. De Lama Aymà A. La confidencialidad en el ámbito médico: aspectos problemáticos del deber de secreto de la interrupción del embarazo de una menor de edad. *Indret* 2/2006. (www.indret.com)
12. Cerro A, Jiménez R. Adolescencia. Curso autoformativo en Atención Primaria de Salud (CAAPS/3). Barcelona: Fundació d'Atenció Primària; 2005.