

Dr. Jesús Sánchez Etxaniz
Pediatra Hospital Universitario de Cruces
XXV Jornadas de Pediatría de Álava
29 de noviembre de 2014



CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES EN PEDIATRIA

1.- BIOETICA

Los 4 principios de la Bioética (ética aplicada a los temas de salud) son:

1. No maleficencia: obliga a no hacer daño a las personas (“primun non nocere”)
2. Beneficencia: exige hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio y limitando los riesgos o perjuicios de la intervención sanitaria, respetando sus criterios de bien y representándola.
3. Justicia: obliga a tratar a todas las personas por igual, y no discriminarlas bajo ningún concepto, asegurando la igualdad de oportunidades a nivel sanitario.
4. Autonomía: todas las personas capaces pueden tomar decisiones respecto a la aceptación o rechazo de todo aquello que se relaciona con su salud.

Al hablar de Bioética es importante diferenciar **3 Conceptos**

- **Capacidad o competencia** en relación con la toma de decisiones: Es un estado psicológico del sujeto que le permite comprender una situación concreta a la que se enfrenta, los valores que están en juego y las alternativas posibles de actuación, con las consecuencias previsibles de cada una. Y a continuación tomar, expresar y defender decisiones consecuentes con su propia escala de valores.
- **Incapacidad:** Cualquier persona mayor de edad, en principio madura, que por razones especiales no se encuentra en condiciones físicas o mentales de emitir un consentimiento válido.
- **Inmadurez:** se refiere a los menores de edad, sin suficiente capacidad de juicio para entender los pros y contras de la intervención del profesional.

2.- PATRIA POTESTAD (PP) *Código Civil, art. 92, 156, 1981.*

- Conjunto de derechos que la ley confiere a los padres sobre la persona y los bienes de sus hijos no emancipados, así como el conjunto de deberes que también deben cumplir (obligación de estar con ellos, cuidarlos, protegerlos, alimentarlos, educarlos, procurarles una formación integral, representarlos legalmente y administrar sus bienes)
- La PP se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores (lo habitual), o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Podrá acordarse judicialmente, cuando así convenga a los hijos, que sea ejercida total o parcialmente por uno de ellos.

- La separación, la nulidad y el divorcio no eximen a los padres de sus obligaciones para con los hijos, que quedan recogidas en el **Convenio Regulador**. En él se definen las responsabilidades de los padres con respecto a los hijos. Aparecen conceptos como Patria Potestad (PP) y Custodia. Y es importante conocer quién/es de los progenitores poseen dichos derechos y obligaciones cuando nos enfrentamos a niños con padres separados.
- Si los padres viven separados, la PP se ejercerá por aquél con quien el hijo conviva (custodia). Sin embargo, el Juez podrá atribuirle para que se ejerza conjuntamente por ambos o distribuir entre ambos las funciones inherentes a su ejercicio.
- Respecto a la actuación de “*terceros de buena fe*” (profesionales médicos, por ejemplo), se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la PP con el consentimiento del otro. En defecto o por ausencia, incapacidad o imposibilidad de uno de ellos, la PP será ejercida exclusivamente por el otro.
- Si dos padres comparten la PP, en general suele bastar con la autorización de uno de ellos para proceder. Pero si uno de ellos expresa su negativa a una actuación asistencial no está claro que sea suficiente, por lo que si no se puede conseguir la mediación entre ellos se requiere la intervención del Juez.
- La **Guarda o Custodia** determina con qué progenitor van a vivir los hijos tras la disolución del matrimonio: incluye el derecho de decidir el lugar de residencia y de educación, el estilo de vida y hábitos y supervisión de sus actividades. Desde el punto de vista práctico es importante conocer quién tiene la custodia, pues va ligado a la adscripción de los servicios sanitarios. Pero lo realmente importante es conocer quién tiene la PP, porque ésta es la que da el derecho a los padres a decidir sobre asuntos que conciernen a la salud de sus hijos.

DERECHOS Y DEBERES DE PROGENITORES CON PP SEGÚN OSTENTEN LA CUSTODIA O NO

| | Con custodia | Sin custodia |
|-----------------|--|--|
| Derechos | <ul style="list-style-type: none"> • El disfrute diario de los hijos • Tomar decisiones que afectan a los niños en el día a día • Administrar sus bienes y la pensión alimenticia | <ul style="list-style-type: none"> • Disfrutar del régimen de visitas acordado • Ser informado de todas las incidencias importantes • Ejercer la PP que sigue siendo compartida, salvo que el juez indique lo contrario • Acudir al juez en caso de que se produzca algún incumplimiento |
| Deberes | <ul style="list-style-type: none"> • Alimentarles, educarles y darles la compañía y el cariño necesarios • Facilitar el cumplimiento del régimen de visitas • Informar al otro progenitor de las incidencias importantes que suceden al menor | <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con todo lo acordado en el convenio regulador (régimen de visitas, pensión alimenticia...) • Velar por ellos en todo lo que se refiere a salud, educación y desarrollo integral de su persona). |

**ACTUACION DEL PEDIATRA EN DAR INFORMACION SOBRE UN MENOR
CON PADRES SEPARADOS**

| Situación del progenitor | Derechos del progenitor | Actuación del pediatra |
|---------------------------------|--|--|
| Sin PP | <ul style="list-style-type: none">· No tiene derecho a ser informado sobre el estado de salud de sus hijos | <ul style="list-style-type: none">· No emitirá ningún informe |
| Con PP pero sin custodia | <ul style="list-style-type: none">· Tiene derecho a ser informado sobre el estado de salud de sus hijos | <ul style="list-style-type: none">· Emitirá informe clínico objetivo del estado de salud |

3.- MENOR MADURO.

Los estudios de Psicología evolutiva de la moralidad (principalmente de Piaget-1932-, y Kohlberg) demuestran que la mayor parte de los adolescentes alcanzan su madurez moral entre los 13 y los 15 años. Algunos necesitan más tiempo y siguen evolucionando hasta los 19 años, pero la mayoría ha alcanzado ya su desarrollo moral varios años antes.

Estadíos de Kohlberg (1958)

- Nivel I o preconvencional: 80% en los menores de 12 años
 - Estadío 1: < 9 años: moralidad heterónoma, nos viene “de fuera”.
 - Estadío 2: 9-12 años: moralidad individualista: “me gusta o no me gusta”
- Nivel II o convencional: > 12 años: moralidad autónoma, “de dentro”.
 - Estadío 3: 12-16 años: moralidad de grupo, seguir a un líder.
 - Estadío 4: > 16 años: moralidad del sistema social: se reconoce “al otro”, alcanzándose la Autonomía.
- Nivel III o postconvencional o de principios (pocas personas llegan a él)
 - Estadío 5: Moral de derechos humanos y bienestar social
 - Estadío 6: moralidad de principios éticos universales.

Estos estudios fueron fundamentales para el desarrollo en los años 50-60 en USA de la **doctrina del «menor maduro»**: En función del nivel de madurez observado se reconoce la existencia de determinados derechos y la posibilidad de que los menores que sean capaces de tomar decisiones y evaluar sus consecuencias puedan decidir en temas relativos a su salud. Fue mayoritariamente aceptada a partir de los años 80.

La Mayoría de edad legal y penal se establece según el Código Civil (art. 162), que la otorga a:

- Los mayores de 18 años
- Los menores de esa edad que estén emancipados.

Sin embargo, la **Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente** establece los siguientes Principio básicos:

1. Toda actuación en el ámbito de la salud requiere, con carácter general, el previo Consentimiento de los pacientes. El paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir una información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles; y a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la Ley. Dicha negativa constará por escrito.

2.- Establece la mayoría de edad sanitaria a los **16 años** para otorgar dicho Consentimiento, exista o no emancipación.

3.- Contempla la valoración de la “gravedad del riesgo para su salud” en mayores de 16 años por el médico responsable de su asistencia, como criterio para informar a sus padres a pesar de su negativa, y tener en cuenta su opinión para la toma de decisiones.

4.- Introduce la apreciación del profesional sanitario sobre la capacidad intelectual y emocional del menor de esa edad para comprender el alcance de una intervención, como criterio importante para la solicitud del **Consentimiento por Representación**, que se otorgará:

- Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo

podrá otorgar únicamente su representante legal, después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos. No podrá otorgarlo su cuidador temporal, profesor...En estos casos hay que intentar localizar al tutor legal si la situación no es urgente. Si existe urgencia será el facultativo el que tome la decisión.

- Si se trata de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestarlo. Sin embargo en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

5.- Establece unos límites al Consentimiento de los menores de edad: en estos supuestos se exige la mayoría de edad legal (18 años):

- La interrupción voluntaria del embarazo
- Práctica de ensayos clínicos.
- Práctica de técnicas de reproducción humana asistida.
- Esterilizaciones a menores.

Por lo tanto esta ley reconoce una serie de derechos en relación con la asistencia sanitaria, no sólo a los mayores de 16 años, sino a aquéllos mayores de 12 años que reconozcamos como “maduros”. En la práctica es difícil aplicarla por debajo de los 14 años. Estos derechos son:

- Derecho a la información. Pero también toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada
- Derecho al consentimiento informado
- Derecho a la intimidad y confidencialidad (es independiente de la edad, solo limitado por la necesidad de tomar decisiones sanitarias que necesiten un consentimiento)
- Derecho de acceso a la historia clínica

Esta Ley otorga al médico la difícil responsabilidad de establecer la madurez de un adolescente. ¿Cómo se puede valorar la madurez del adolescente?

- La valoración es completamente médica (debiéramos evaluar nuestra competencia para esta valoración, y derivar al paciente si no nos sentimos competentes) con el único fin de constatar si su grado de madurez y discernimiento son adecuados y suficientes al fin de otorgar el consentimiento. Un elemento importante es la valoración de la repercusión de la decisión en la salud o la vida del paciente.
- La valoración no se hace sobre la madurez moral del menor, sino en relación con una decisión concreta: si su decisión sobre alguna cuestión que afecta a su salud la consideramos madura o competente, o no.
- Se consideran criterios de competencia de una decisión concreta:
 - Comprensión adecuada: el menor entiende la información dada o la situación en que se encuentra (difícil antes de los 12 años)
 - Es capaz de expresar su decisión, bien de forma verbal, escrita o mediante signos
 - Da motivos razonables que fundamentan su decisión.

- Pondera los riesgos y beneficios de su decisión (a partir de los 12 años se desarrolla el pensamiento abstracto, la posibilidad de realizar hipótesis, prever consecuencias).
- Hay que tener en cuenta que en la toma de decisiones siempre existe una influencia de los estados afectivos (miedo, ansiedad, humor), y que la competencia del menor se puede mejorar con el tiempo, con educación, formación...

Independientemente de que se otorgue o no la competencia o madurez al menor, siempre que tratemos con adolescentes, nuestra posición debe estar basada en la **Deliberación**: método bioético para la resolución de conflictos, basado en un diálogo interpersonal: intercambio de razones a las diferentes soluciones al conflicto, siendo respetuoso con todas ellas. Básicamente se basa en:

- Mantener una actitud de escucha atenta y activa, esforzándonos en comprender su situación y sus valores.
- Ofrecerles una argumentación racional sobre las opciones posibles y las más óptimas (en principio rechazar las soluciones “más extremas”)
- Aclararles cuál es el marco legal que rige la situación.
- Ofrecerles un “Consejo no directivo”.
- En última instancia, ofrecerles nuestra ayuda si eligen otra opción distinta a la que nosotros consideramos más óptima.

Como resumen de lo referido, se detallan las **edades con algún tipo de significación**:

- *7 años*: se alcanza el “uso de razón”.
- *12 años*: legalmente el niño tiene derecho a ser oído.
- *13 años*: capacidad para consentir relaciones sexuales sin que éstas sean delito (Código Penal 10/1995)
- *14 años*
 - contraer matrimonio con permiso judicial.
 - LO de Protección de Datos 1999: para proporcionar información a familiares de menores mayores de esta edad (considerarlo también en los niños de 12-14 años) es necesario pedir su consentimiento, a no ser que constituya un peligro para el menor.
- *16 años*: Mayoría de edad sanitaria. Emancipación. Interrupción voluntaria del embarazo (¿?).
- *18 años*: mayoría de edad legal y penal.

4. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

4.1. Concepto y Bases legales

Está regulado fundamentalmente por la Ley General de Sanidad (LGS) 1986; y la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

- Se entiende como *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”*
- El paciente, una vez informado de las opciones, riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, es quien debe decidir.

- Se extiende a “toda actuación en el ámbito de la Sanidad”, aunque se entiende en general que solo se debe exigir por escrito para los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos que encierren riesgos relevantes para la salud.
- El paciente tiene derecho “...a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares más allegados, información completa, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento ”
- El consentimiento será oral por regla general.
- Se prestará por escrito en los casos siguientes:
 - × Intervención quirúrgica
 - × Procedimientos diagnósticos y terapéuticos que supongan “riesgos o inconvenientes previsibles sobre la salud del paciente”
- Se otorgará el Consentimiento por Representación en las circunstancias detalladas más arriba.

4.2. Elementos del Consentimiento Informado escrito

No es un documento o papel que se entrega al paciente, sino un proceso continuo que se da entre el equipo sanitario y el paciente y/o su familia, en el que se transmite información y se facilita la toma de decisiones. Debe tener los siguientes elementos:

- Nombre y apellidos del paciente
- Nombre y apellidos del médico que informa
- Sospecha diagnóstica (excepto en los casos de “privilegio terapéutico”, en los que se considere que el conocimiento de dicha información podría perjudicar el estado de salud del paciente).
- Explicación de la intervención propuesta.
- Ventajas y riesgos “típicos” de la intervención.
- Consecuencias seguras, molestias y efectos colaterales específicos.
- Alternativas posibles a dicha intervención
- Declaración del paciente de haber recibido toda la información, estar satisfecho de la misma y de haber quedado resueltas sus dudas al respecto.
- Fecha y firma del paciente y el médico
- Apartado para la revocación del consentimiento

4.3. Consentimiento por teléfono

- En casos no urgentes es prudente contactar con los padres / representantes legales por teléfono antes de proceder a la actuación asistencial.
- Si se obtiene el permiso debe documentarse en la historia (testigos)
- Si no se puede realizar el contacto y se decide actuar debe reflejarse en la historia los intentos (testigos)

4.4. Consentimiento subrogado

- Es el que otorgan familiares, cuidadores, monitores....
- Para ello es necesario que aporten este documento, por el que los padres delegan su capacidad de consentir en representación del menor: nombre de la persona y su relación con el niño, extensión de la autorización (tipo de

actuación médica, periodo de tiempo que abarca...). Debe estar firmado por ambas partes.

- Hay que verificar la autoridad y competencia de la persona subrogada en relación a las decisiones a tomar.

4.5. Negativa a la firma

- Debe firmar la “no autorización”. Si se niega debe firmarla un testigo.
- Es recomendable comunicar el caso a la dirección del hospital.
- Debe informarse al paciente de los riesgos que supone esta negativa, pero igualmente dar la opción a otros tipos de asistencia o solicitar una segunda opinión.

4.6. Actuación médica sin consentimiento : está recogida en diferentes leyes:

- Según recoge la Ley 41/2002 Autonomía Paciente:
 - cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o allegados.
 - cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. Una vez adoptadas las medidas pertinentes, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
 - cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan a sus familiares.
 - por privilegio terapéutico: si por razones objetivas el conocimiento de la situación por el propio paciente puede perjudicar su salud de forma grave. En este caso el médico dejará constancia razonada en la historia clínica de las circunstancias, comunicando su decisión a sus familiares.
 - por imperativo legal, orden judicial.
- Convenio de Asturias de Bioética 1997: “cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada”.
- El Código Penal contempla dos situaciones que lo justifican: el deber de socorro y el “estado de necesidad”: no podemos como médicos permitir que una persona pueda fallecer o sufrir graves problemas para su salud como consecuencia de nuestra inacción.
- La LO de Protección Jurídica del Menor 1/1996 establece la obligación de prestar atención inmediata que precise cualquier menor.

4.7. Alta voluntaria

- Si el paciente decide ser atendido en otro centro o bien no acepta ninguna alternativa respecto al procedimiento propuesto debe solicitar y firmar el “Alta voluntaria”, que también será firmada por el médico.
- Si el paciente se niega a ello debe firmarla un testigo.
- Es recomendable comunicar el caso a la dirección del hospital.

5.- POSIBLES SITUACIONES EN LAS QUE INFLUYE LA MADUREZ DEL MENOR

Como norma general se debe establecer el nivel de competencia del menor en relación al balance riesgo/beneficio de una actuación en concreto, precisándose un alto nivel de competencia si el riesgo es alto y el beneficio bajo. Y al revés: un bajo nivel de madurez si los beneficios para el menor son altos y los riesgos bajos. En cualquier caso debemos hacer constar en la historia clínica nuestros motivos para otorgar o rechazar la competencia del menor de 16 años.

A la hora de valorar adolescentes, sobre todo en cuestiones relacionadas con estilos de vida, es importante tener en cuenta que *“la madurez debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar situaciones, no por el contenido de los valores que asume y maneja”*. (Diego Gracia, *Ética de la práctica clínica*, 2001)

5.1. El adolescente que acude solo a la consulta

- Se debe atender siempre
- Si se trata de una enfermedad física:
 - Si el diagnóstico es “serio”, tras la exploración hay que insistir, deliberar en que vuelva con sus padres y se lo comunique.
 - Si el niño se encuentra mal en ese instante, hay que avisar a los padres
- Si se refiere a “estilos de vida, hábitos” hay que mantener el derecho a la intimidad y confidencialidad. De todas formas hay que tratar de convencer al menor de la importancia de que en algunos temas sus padres conozcan los hechos, por el apoyo que les puedan prestar.

5.2. Hijo menor de edad SÍ quiere someterse a tratamiento o intervención médica y los padres se oponen

a. Si no existe duda sobre la capacidad del menor.

- Si pensamos que es “capaz o competente”: Basta consentimiento menor
- Si pensamos que no lo es:
 - Si los padres se oponen a una intervención que pensamos es necesaria para la protección de salud del menor, y no es urgente, se pondrá en conocimiento del Juez.
 - Si los padres se oponen y es necesaria para la protección de la salud del menor, y es urgente, se puede actuar (“estado de necesidad”) contra la voluntad del representante, y luego comunicarlo al juez.

b. Si existe duda sobre la capacidad: nuestra actuación debe estar orientada a proteger la salud del menor

- Si la decisión de los padres es más protectora de la salud que la del menor los padres prestarán el consentimiento.
- Si la decisión del menor es más protectora de su salud que la sus padres o representantes legales, deberá bastar con su consentimiento. Hay que tener en cuenta que la negación de los padres a un tratamiento de eficacia probada requiere intervención del juez.

5.3. Menor maduro NO quiere someterse a tratamiento o intervención médica y los padres lo solicitan

- Si no corre peligro la vida del menor se debe respetar la decisión del menor si se considera su decisión madura (p.e.: vacuna antigripal, empastes de dientes,..)
- Si corre peligro su vida, realizaremos los actos imprescindibles para proteger su salud o su vida. En la práctica ha habido conflicto en la aplicación de varias leyes, por lo que :
 - Si la intervención es de urgencia se podrá actuar (“estado de necesidad”)
 - Si la intervención no es de urgencia hay que solicitar autorización judicial.

5.4. Hijo menor de edad y padres NO quieren someterse a un tratamiento o intervención médica.

- Si la decisión no va en contra de la salud del menor (no existe maleficencia): hay que respetar la decisión adoptada por ambos (cada adulto o los representantes legales de los menores son los únicos responsables de elegir lo más beneficioso: criterio de beneficencia)
- Si va en contra de la salud del menor (existe maleficencia):
 - Si la actuación debe ser urgente, se puede actuar (“estado de necesidad”)
 - Si la actuación no es urgente, se pondrá en conocimiento del juez.

5.5. Si los padres están separados pero comparten la tutela

- Si están de acuerdo bastará con consentimiento de uno de ellos.
- Si no están de acuerdo se pondrá en conocimiento de la Autoridad Judicial. Si corre peligro su vida, realizaremos los actos imprescindibles para proteger su salud o su vida.
- Todas las circunstancias que puedan perjudicar al menor o constituyan riesgo para su salud se debe comunicar a la Fiscalía de Menores.

5.6. Transfusiones de sangre en Testigos de Jehová.

El derecho a la libertad religiosa y el derecho a la autodisposición del menor sobre su cuerpo o su vida ceden ante el derecho a la vida (valor superior del ordenamiento jurídico). Primará el interés superior de los menores sobre cualquier otro interés que pueda concurrir.

- Mayores de 18 años: Se respeta la decisión de no transfundir.
- Mayores de 16 años, con suficiente madurez:
 - Si acepta la transfusión se realizará aunque los padres no lo acepten
 - Si no acepta la transfusión:
 - Si los padres la aceptan se transfundirá
 - Si los padres no la aceptan:
 - se transfundirá si existe urgencia vital.
 - se solicitará autorización judicial si no existe urgencia vital.

5.7. Píldora Día Después (PDD) *(habrá cambios en la nueva Ley ???)*

- Actualmente es de libre disposición en farmacias para mayores de 16 años, por lo que no suelen acudir a la consulta (Se pide DNI???)
- Si nos piden la prescripción
 - En las mayores de 16 años con suficiente capacidad su consentimiento es suficiente. Si tienen la capacidad disminuida prestará el consentimiento su representante legal.
 - En las menores de 16 años: hay que valorar su madurez. Si la consideramos suficiente, se podrá prescribir, anotando en la historia los criterios que lo sustentan. Si no la consideramos suficiente, se deberá solicitar el consentimiento al representante legal.

En cualquier caso siempre hay que procurar entablar un diálogo con el adolescente, una escucha activa, para no provocar rechazo del sistema sanitario ni tampoco abuso, y hacer educación para la salud. Hay que procurar hacerle entender que es conveniente que en este tipo de decisiones estén implicados los padres. Además debemos recomendarle y facilitarle la asistencia a un Servicio de Planificación Familiar. Recordar que hay un plazo de 72 h para la administración de PPD después del coito. Si el menor insiste razonadamente en el tratamiento, hay que informar de los mecanismos de acción (no se considera un método abortivo) y efectos secundarios de este medicamento, dándole a leer y firmar un impreso de consentimiento informado, anotar las razones que sustentan nuestro juicio de madurez y darle la receta. Hay que recordar que si consideramos que la decisión es madura, y el menor nos lo pide debemos respetar el derecho a la intimidad y confidencialidad, y no notificarlo a la familia.

5.8. Interrupción voluntaria del embarazo. *(Pendiente de la nueva Ley??)*

- En la Ley de Autonomía 41/2002, la interrupción voluntaria del embarazo era uno de los límites al Consentimiento en los menores de edad, y se requería para él una edad de 18 años.
- En la “L.O. de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo” 3 marzo/2010, se rebajó el límite de edad a los **16 años**. Pero también establecía que *“al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con PP 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”*.
- El “Anteproyecto de la L.O. para la Protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada”, de Ruiz Gallardón, establecía que *“...en los supuestos excepcionales de despenalización.... se precisa siempre el Consentimiento de la mujer”*. Si ésta tiene entre 16 y 18 años, además de su consentimiento, el asentimiento de los titulares de la PP. Si es menor de 16 años, su voluntad y el consentimiento de los titulares de la PP. En ningún caso es punible la conducta de la mujer embarazada, pero sí constituye un delito

(inhabilitación y penas de prisión de 13 años) para el profesional que lo practica.

5.9. Instrucciones previas y voluntades anticipadas Ley 41/2002:

Es el documento por el que el paciente mayor de edad (necesariamente >18 años), capaz y libre, manifiesta su voluntad a través de un documento de instrucciones previas, con el objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en que no sea capaz de expresar personalmente sus deseos acerca de:

- Cuidados y tratamiento de su salud
- Destino que se dará a su cuerpo o a sus órganos

5.10. Problemas con estilos de vida. Conductas de riesgo

- Tabaquismo
- Consumo de alcohol
- Consumo de drogas
- Vida sexual activa
- Conducción temeraria
- Trastornos de conducta alimentaria

a. Derecho a la Intimidad y Confidencialidad

- Art. 10 LGS/86: recoge el derecho del paciente a “la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias”.
- Art. 7 Ley 41/2002: “la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica. “toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por Ley”.
- También los contempla la LO de Protección de Datos del año 1999, estableciendo el límite de edad los 14 años.
- Este derecho está limitado cuando hay un riesgo evidente para la Salud Pública.
- El Derecho a la Intimidad implica un deber de secreto. Es decir, obligación de mantener la confidencialidad de los datos aportados por el paciente. La vulneración del deber de secreto está tipificado como delito en el Código Penal y conlleva responsabilidades administrativas, disciplinarias y deontológicas.
- La historia clínica del menor maduro se equipara a la del paciente mayor de edad, por lo cual el acceso a ella está protegido por el Derecho a la Intimidad.
- Si un menor es considerado maduro puede prestar su consentimiento por sí mismo, por lo que un tercero no podría acceder a su historia clínica, aunque sea familiar (salvo consentimiento expreso).
- Hay que tener en cuenta que se puede vulnerar la confidencialidad cuando emitimos informes a otros profesionales del ámbito sanitario, social, educativo, laboral o judicial, sin el oportuno consentimiento. Hay que evitar la proliferación de informes escritos. En su elaboración debe regir el criterio de la “mínima información necesaria” para el receptor del mismo: no tenemos por qué aportar “toda la historia”, solo aquello relacionado con la interconsulta....

b. Derecho a la información: a quién informar

- Al paciente: por ser la persona a la que se refieren los datos personales y de salud, aún en el caso de que se trate de menores de edad o incapacitados, en que se dará la información de modo adecuado a su grado de comprensión.
- A la persona autorizada por el paciente, de manera expresa o tácita, preferible por escrito.
- Al paciente y a su representante legal en el caso de incapacitados y de menores de edad que no tengan la capacidad intelectual o emocional suficiente para comprender el alcance de la intervención. En caso de menores con padres separados se informará al/los que tengan la Patria Potestad si son menores de 14 años; si son mayores de esa edad decidirá el menor. Ver también el apartado previo de Patria Potestad.
- A las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hechos, si el paciente carece de capacidad a causa de su estado físico o psíquico

Lo deseable es informar a familiares / representantes en presencia del paciente

5.11. Trastornos del comportamiento alimentario

- El rechazo al ingreso en los casos graves suele demostrar su incompetencia para decidir. En estos casos, el ingreso involuntario atenta contra la autonomía y la intimidad, pero la urgencia vital en los casos graves, y la necesidad de preservar la vida dan un tinte de excepción a este tipo de intervención.
- El ingreso involuntario de los menores está regido por la Ley orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, que señala que estos casos se deben poner siempre en conocimiento del Fiscal de Menores, aunque los padres o tutores den su consentimiento.

5.12. Derecho a la imagen

- El Derecho a la Imagen está considerado como un "*derecho personalísimo*" o derecho de la personalidad: son aquéllos que son propios de la persona, le corresponden al titular desde su origen, y lo acompañan toda su vida. Otros derechos personalísimos son: a la integridad física y vida, al nombre, al honor e integridad moral, a la intimidad, a la libertad.
- El Código Civil (13/1981, artículo 162.1º) excluye de la patria potestad de los padres "*los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo*". Por ello, cuando por inmadurez no pueden otorgar su consentimiento, es el Fiscal de Menores el único que puede hacerlo. P.e.: es el caso de las fotografías de menores en revistas de prensa.