

Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro



B. Ogando Díaz, C. García Pérez*

Médica de Familia. Magíster en Bioética (UCM). Centro de Salud Casa de Campo. Área 6. Servicio Madrileño de la Salud. *Enfermero. Profesor Asociado EU Enfermería, Fisioterapia y Podología. UCM. ESAD. Área 8. Servicio Madrileño de la Salud

Resumen

La atención a los adolescentes plantea en ocasiones a los profesionales sanitarios cuestiones sobre derechos y deberes tanto de los propios menores como de sus padres o tutores, y situaciones de conflicto en las que no siempre se manejan con claridad conceptos clave como la confidencialidad, el consentimiento informado y la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. Ante algunos temas especialmente sensibles, como el acceso a los datos de la historia o la inclusión de los padres en determinadas decisiones, se hace patente la necesidad de mejorar tanto las actitudes como las habilidades precisas para optimizar la atención a este grupo de pacientes, sin perder de vista la exigencia de conjugar el respeto a la autonomía y la protección de la salud de grupos vulnerables.

Algunas aportaciones tanto bioéticas como jurídicas han intentado aclarar estas dudas a través de la doctrina del menor maduro, que precisa de una interpretación juiciosa de las circunstancias y consecuencias de la decisión a tomar. Son claves en esta doctrina el respeto a la confidencialidad, el consentimiento informado y la evaluación de la capacidad del adolescente para decidir, recayendo en los profesionales médicos esta valoración. Este artículo revisa los elementos centrales de análisis que aporta la bioética a la relación clínica con el adolescente, con el objetivo de ayudar a los profesionales sanitarios en la atención a los menores y sus familias.

Palabras clave

Menor maduro; Toma de decisiones; Autonomía; Confidencialidad; Capacidad.

Abstract

INFORMED CONSENT AND THE MATURE MINOR'S CAPACITY TO DECIDE

Health care in adolescents sometimes poses questions on the rights and obligations for the health care professionals both in regards to the minors themselves as well as to their parents or guardians. Conflictive situations are also posed in which key concepts such as confidentiality, informed consent and health care decision making capacity are not always clearly handled. When faced with some especially sensitive subjects, such as access to clinical history data or inclusion of the parents in certain decisions, the need to improve both the attitudes as well as the skills needed to improve care for this group of patients become clear, without overlooking the demand to combine respect of independence and protection of the health of the vulnerable groups. Some bioethical and legal contributions have tried to clarify these doubts through the doctrine of the mature minor, that must make a wise interpretation of the circumstances and consequences of the decision to be made. Respecting confidentiality, informed consent and evaluation of the capacity of the adolescent to decide are keys to this doctrine, the responsibility of this evaluation falling on the medical professionals.

This article reviews the central elements of analysis that are provided by bioethics to the clinical relationship with the adolescent, in order to help the health care professionals in the care of the minors and their families.

Key words

Mature minor; Decision making; Independence; Confidentiality; Capacity.

Pediatr Integral 2007;XI(10):877-883

INTRODUCCIÓN

Es extraordinariamente complejo valorar la maduración moral de los individuos, así como su aplicación en la toma de decisiones sanitarias.

A pesar del desarrollo contemporáneo de la concepción del menor como

sujeto activo y rector de su propio destino, sigue siendo controvertido el momento en el que los más jóvenes son ya capaces "de hecho" de tomar decisiones por sí mismos. Esta toma de decisiones irá inevitablemente acompañada en el mundo sanitario de una incertidumbre variable que hay que saber manejar. En ese

proceso, es preciso sopesar riesgos, inconvenientes y ventajas de las distintas opciones, las circunstancias y las consecuencias, las alternativas posibles y un largo etcétera de factores que hacen que, por regla general, la toma de decisiones sanitarias no sea una tarea sencilla.

El desarrollo moral de los individuos no es un fenómeno estanco que llegue a su plenitud a una edad prefijada, sino que pasa por unas etapas sucesivas en las que el niño evoluciona desde un estadio amoral a otro de respeto hacia la autoridad de los individuos de más edad. Se considera que a partir de los 8 años comienza un lento proceso por el cual el niño va interiorizando las normas de tal modo que, al final, las acata no sólo por temor a las represalias, sino por la progresiva definición de sus propios principios internos, en un proceso de inicio de definición de su autonomía moral. Estos criterios internos comienzan identificándose con un principio básico de justicia, entendido como el trato igual de las cosas iguales, y el trato desigual de las cosas diferentes. En una fase algo posterior, en torno a los 11-12 años se complementará con criterios más complejos como la equidad, en la que se ponderarán las circunstancias y necesidades concretas de cada caso, inclinándose en caso de desigualdad por favorecer al más necesitado. En este esquema general, parece existir un cierto consenso respecto a que el desarrollo moral de los jóvenes puede haber alcanzado la madurez en torno a los 13-15 años, y casi con seguridad en torno a los 16-18 años. No existen en la actualidad sistemas que permitan medir de forma objetiva la maduración moral de un individuo, aunque se presupone que la mayoría de ciudadanos adultos han llegado a un nivel convencional de respeto a las normas interpersonales y sociales. En cualquier caso, una adecuada maduración moral no implica capacidad para la toma de decisiones en todas las circunstancias posibles.

En el debate sobre el menor maduro, es necesario observar que hay tanto una aproximación ética como jurídica que son complementarias y no contradictorias. Comparten ambas la dificultad de valorar un elemento tan intangible como es la madurez, pero no medida en abstracto, sino la capacidad para decidir en aspectos tan sensibles como los relacionados con la salud, que no son otros que aquellos que tienen que ver, como afirma el profesor Diego Gracia, con la gestión prudente y responsable de la sexualidad, el cuerpo, la vida y la muerte.

DOCTRINA ÉTICA Y JURÍDICA DEL MENOR MADURO

En un plano teórico, se reconoce la titularidad de derechos de los menores y su capacidad para ejercerlos siempre que gocen de madurez suficiente.

En la actualidad, en nuestro ordenamiento jurídico se reconoce la plena titularidad de los derechos de los menores de edad y su capacidad evolutiva para ejercerlos según su grado de madurez; de tal modo que, los menores pueden ir ejerciendo paulatinamente esos derechos a partir aproximadamente de los 12 años siempre y cuando estén capacitados para ello. Para esta doctrina, los niños menores de 12 años no parecen tener un sistema de valores propio, de tal manera que no son capaces de definir su propia beneficencia, de valorar lo que consideran bueno para ellos en un momento determinado. Según el desarrollo moral antes señalado, es en torno a los 12 años cuando los adolescentes empiezan a pensar en abstracto, pueden entender conceptos como los de causa y efecto y establecer hipótesis, son capaces de considerar múltiples factores y prever consecuencias futuras, pueden entender el concepto de probabilidad, etc. Es decir, tienen, con carácter general, algunas de las habilidades consideradas como necesarias para poder participar en una toma de decisiones prudente y responsable. Por ello, esta doctrina establece que a partir de los 12 años se debe recabar el consentimiento de los menores (siempre que tengan suficiente juicio) en los temas que les afectan, y los jueces (y los profesionales sanitarios) han de tener en cuenta su opinión. Si esta opinión debe ser vinculante o no lo veremos más adelante.

Este reconocimiento de la capacidad legal de obrar “de derecho” del menor, cuando se trata del ejercicio de derechos fundamentales de la persona, debe acompañarse de un reconocimiento de una capacidad suficiente de obrar “de hecho”. La fundamentación teórica es clara: los derechos civiles, subjetivos o de la personalidad se generan en el individuo desde el mismo momento en que éste es capaz de disfrutarlos. Por ello, y a modo de resumen, la doctrina de los derechos del menor establece en los 12 años la

fecha en la que un menor puede disfrutar, si goza de madurez suficiente, de sus propios derechos humanos.

El menor, con carácter general, deja de ser considerado como un sujeto pasivo que precise solamente protección y tutela por parte de sus padres o del estado. Se le comienza a considerar como un sujeto activo, participativo y creativo, con capacidad de modificar su entorno y su propio medio personal y social, favoreciendo su participación en la búsqueda y satisfacción de todas sus necesidades. Promover su autonomía personal sería la mejor manera de garantizar la protección a la infancia desde un punto de vista social y jurídico.

Esta doctrina se fundamenta entre otros textos legales en el Código Civil, que de hecho establece ciertas limitaciones a la representación legal que ostentan los padres frente a los menores no emancipados y que no todos los padres conocen y/o respetan. Por ejemplo, menciona explícitamente *los actos relativos a los derechos de la personalidad* (como son el derecho a la intimidad –espiritual, corporal o sexual–, a la salud, a las relaciones paternofiliales, a la propia muerte, la sexualidad y la procreación), *u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo, así como aquellos en los que exista conflicto de intereses entre los padres y los hijos* (artículo 162 del Código Civil español). Por tanto, los derechos de personalidad no pueden ser objeto de patria potestad en el caso del menor maduro.

Se reconocen también en nuestro ordenamiento jurídico (Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor) a los menores los siguientes derechos: al honor, a la intimidad personal y familiar, a la propia imagen, a la inviolabilidad del domicilio familiar y de la correspondencia, al secreto de las comunicaciones, a la información y a la libertad de ideología, conciencia y religión. Como vemos son muchos y muy trascendentes los valores en juego, ya que los derechos mencionados responden a cuestiones fundamentales, y su gestión es personalísima desde que se tiene suficiente capacidad, salvo que el adolescente renuncie explícitamente a sus derechos o quiera compartir la toma de decisiones con sus padres o re-

presentantes. Compartir y participar en las decisiones favorece la resolución de los problemas que puedan surgir con el menor y que de una forma u otra también afectan al entorno familiar. En caso de que el menor no quiera o no pueda decidir, lo harán por él sus padres o representantes siempre teniendo en cuenta el mejor interés del menor, aspecto en ocasiones también difícil de determinar y que genera muchos conflictos en casos de padres separados con patria potestad compartida y que discrepan en cuanto a la decisión final. De cualquier forma, las decisiones de sustitución o representación deben tomarse buscando el “mayor beneficio” del menor, puesto que la patria potestad no puede ejercerse en contra de los intereses y el beneficio del menor. Los jueces podrían suspender la patria potestad de alguno de los progenitores o de ambos y promover la tutela del menor en caso de que las decisiones tomadas fueran consideradas como maleficas. Pero esta valoración no le corresponde al fiscal, cuya función no es definir lo que es el mayor beneficio para el niño, sino velar porque los padres respeten ese principio y lo apliquen en su toma de decisiones. Con carácter general, se considera que es la familia la que debe definir la beneficencia del menor, ya que ésta es su principal función. El Estado sólo puede cuidar de su no-maleficencia, contando con la opinión de expertos y peritos (profesionales sanitarios) en caso de duda.

Es evidente que esta doctrina es generosa en su reconocimiento del menor como un sujeto activo que va desarrollando sus capacidades de obrar, pero su traducción a la práctica genera mucha incertidumbre en los profesionales sanitarios y aun en los propios jueces. Para esta doctrina y ciñéndonos a los aspectos sanitarios, *aquellos menores que sean capaces de comprender la naturaleza y las consecuencias de una determinada actuación en el ámbito de la salud deben ser considerados como suficientemente maduros para consentir o rechazar la misma*. Sería necesario que el profesional valorara si el menor tiene habilidades psicológicas suficientes para tomar la decisión por sí mismo, sin contar explícitamente con sus padres o representantes legales. Desde el punto de vista ético, la tenden-

cia es respetar las decisiones de los menores considerados maduros, siempre que sean decisiones libres, informadas y coherentes con su escala de valores. Esto nos obliga a una reflexión compartida con el menor en la que, en un clima de confianza donde la confidencialidad de los datos y de la información será sin duda pieza clave, consigamos poner en común cuál es esa escala de valores del menor por la que se regirán sus decisiones.

Por todo lo dicho, esta concepción del menor es ciertamente comprometida y comprometedora, creando un estrecho vínculo entre el menor y los profesionales sanitarios que le atienden, sin olvidar los derechos y deberes de los padres, y se presenta como un reto para la calidad ética de la asistencia.

APORTACIONES DE LA LEY 41/2002 DE AUTONOMÍA

No hay una edad definida en la que los menores sean plenamente capaces o incapaces. La Ley de Autonomía establece a los 16 años la “mayoría de edad sanitaria”.

La ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica es un buen referente en estas cuestiones; dado que, de alguna forma, como el resto de la legislación vigente, traduce los acuerdos tácitos previos que la sociedad establece y que el legislador acota. En primer lugar, establece que todas las actuaciones en el ámbito sanitario deben contar con el consentimiento libre e informado del paciente, aunque pone algunas limitaciones como la urgencia vital o la salud pública. Más allá del formulario, el consentimiento informado es un proceso comunicativo y prudencial a través del cual el adolescente y su pediatra o médico de familia toman conjuntamente decisiones acerca de un problema de salud, después de haber compartido la información relevante y aclarado las dudas. El proceso debe ser voluntario y el adolescente debe mostrar una capacidad suficiente para afrontar la decisión.

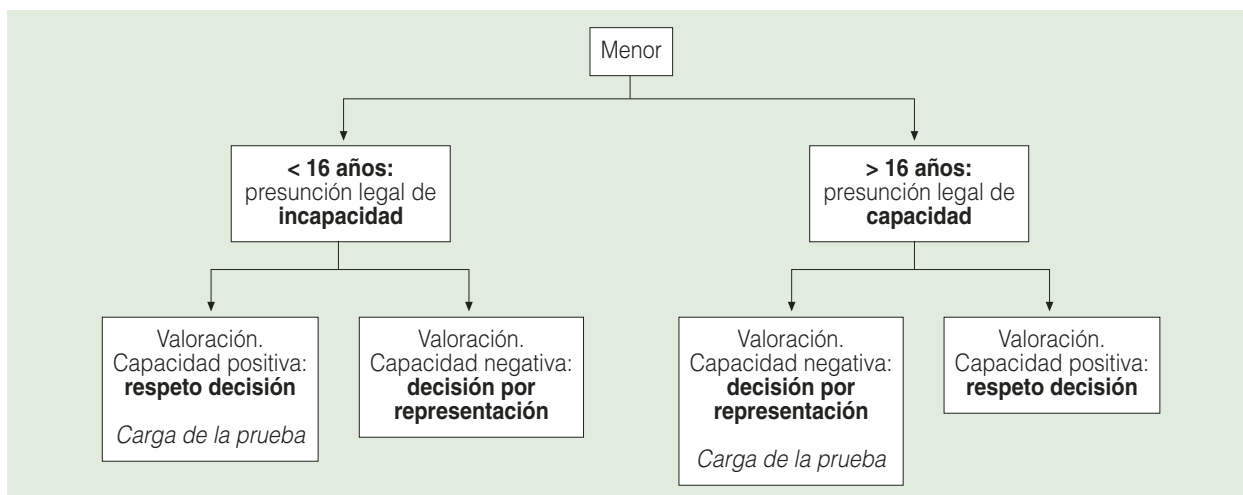
La ley 41/2002, fundamentada en el respeto a las decisiones autónomas de los ciudadanos, hace referencia explícita al menor en su artículo 9, donde se ex-

ponen los límites del consentimiento informado y consentimiento por representación. En el punto 3 de este artículo dice: *Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos: a) cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho; b) cuando el paciente esté incapacitado legalmente; y c) 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 dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.*

Existen varias excepciones a lo anterior, algunas recogidas en el punto 4 del citado artículo: *La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad (18 años) y por las disposiciones especiales de aplicación*. La ley de autonomía también limita a los 18 años la capacidad legal para redactar un documento de voluntades anticipadas y también se limita la donación de vivo a la mayoría de edad civil.

Según esta ley, es el médico responsable del caso el encargado de valorar esa capacidad, quedando también a criterio suyo la posibilidad de informar a la familia en casos graves. A pesar de ello, parece evidente que cualquier profesional implicado en la atención de los menores debe tomar parte en la valoración de la capacidad puesto que interviene en la información y consentimiento, respetando la confidencialidad.

FIGURA 1.
Valoración de la capacidad en función de la edad según la ley de autonomía



¿Qué significa en la práctica el artículo 9 de la Ley de autonomía? Tanto la ley como el respeto que merecen las decisiones autónomas nos obligan a valorar la capacidad de todos los pacientes para consentir o rechazar una medida concreta propuesta. La edad no es un criterio absoluto de capacidad, lo que supone es una inversión del sentido de la carga de la prueba, de la siguiente manera:

- *Por encima de los 16 años* se presume la capacidad con carácter general; por lo que, en caso de que a criterio del médico que atiende al adolescente éste no tenga capacidad suficiente en ese momento para tomar esa decisión en concreto (“aquí y ahora”), el facultativo debe demostrar que, a su juicio, no tiene capacidad suficiente, de forma que pueda negarle su derecho a tomar sus propias decisiones sanitarias. En este caso, deberá encontrar a un representante legal para la toma de decisiones por representación, que hasta los 18 años suelen ser los padres y, en caso de no encontrarlo, acudir al fiscal.
- *Por debajo de los 16 años*, la presunción legal general es de incapacidad; por lo que, para aceptar la decisión del menor (consentir o rechazar la medida propuesta) sin participación de sus representantes legales, el facultativo debe poder demostrar que, a su juicio, tiene capacidad suficiente para tomar esa decisión concreta en ese momento concreto (“aquí y ahora”). De ser así, no sería necesario contar con el consentimiento de los re-

presentantes legales para respetar su voluntad (véase fig. 1).

APLICACIÓN PRÁCTICA EN LA TOMA DE DECISIONES SANITARIAS: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD

La continuidad asistencial, la confidencialidad, el consentimiento informado y la capacidad son los ejes principales de abordaje de la ética de la relación clínica con el adolescente.

Dentro de la atención sanitaria a los adolescentes, el pediatra y el médico de Atención Primaria puede encontrar distintos conflictos éticos que afectan a la relación clínica, sobre todo en lo referente a la continuidad asistencial, la confidencialidad, el consentimiento informado y la capacidad. Sobre estos ejes principales se van colocando las distintas situaciones clínicas en el contexto asistencial más próximo, de mayor conocimiento del entorno y de la trama de relaciones familiares y afectivas en el que se fundamenta la Atención Primaria. Es en este entorno de mayor cercanía y compromiso donde la relación clínica debe respetar con mayor énfasis los ejes señalados. Será esencial la *confidencialidad* sobre todo para los datos especialmente sensibles, como son: los que afectan a las relaciones afectivo-sexuales, la salud mental o los hábitos tóxicos, garantizando al adolescente la custodia de los mismos, así como que éstos se utilicen sólo para los fines para los que fueron recogidos (en esencia: la asistencia, prevención y promoción de la salud,

la docencia e investigación clínica y epidemiológica). El titular de los datos sanitarios, así como del derecho a la información, es el paciente, sin que existan limitaciones por edad, salvo la posibilidad “de hecho” de gestionar esa información. Además, es el escenario propicio para desarrollar el *consentimiento informado*, no como un documento o formulario escrito “que libra de toda responsabilidad”, sino como lo que en verdad es, un proceso comunicativo, deliberativo y prudencial entre el pediatra y el adolescente capaz, en el curso del cual toman conjuntamente decisiones acerca de la manera más adecuada de abordar un problema de salud. Y, por último, la Atención Primaria es el entorno en el que con mayor precisión es posible valorar la *capacidad* de los adolescentes para tomar una decisión concreta en un momento determinado, tomando en consideración las actitudes y valores que puedan haberse compartido con anterioridad, así como las experiencias y comportamientos previos.

Claramente reconocido el derecho y la obligación de recabar el consentimiento informado para todas las actuaciones en materia sanitaria, la cuestión se centra ahora en la medida de la capacidad pues, como se ha dicho con anterioridad, de ella depende el que se respete o no la decisión del adolescente, o que se deba encontrar un representante legal capaz de tomar las decisiones de sustitución.

La capacidad y madurez de una persona, sea ésta mayor o menor de edad, debería medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones

y no por el contenido de los valores que asuma o maneje o por la aparente irracionalidad de las decisiones. El error clásico ha sido considerar inmaduro o incapaz a todo aquel que tenía un sistema de valores distinto del considerado adecuado por los profesionales, y que pretendía tomar decisiones en contra de la opinión experta.

Tomar decisiones casi siempre es complicado, sobre todo si se trata de decidir en situaciones de elevada incertidumbre, cuando las opciones entre las que se debe elegir tienen a la vez consecuencias positivas y negativas, o tienen además una implicación emocional elevada. Para que un adolescente pueda tomar decisiones en asuntos relacionados con su salud es necesario que quiera participar en el proceso, que quiera asumir la decisión sobre lo que debe hacerse y que entienda la información que se le da.

La capacidad o competencia se define como el lado operativo o funcional de la autonomía moral. Se refiere al grado de posesión de una serie de habilidades psicológicas que permite determinar si las decisiones tomadas son realmente expresión de la autonomía personal. Una persona se considera competente para tomar una decisión concreta si comprende la información que recibe y los valores en juego, si aprecia las consecuencias más relevantes de las diferentes opciones y si asume la decisión tomada en coherencia con sus valores personales. Para poder determinar si una persona es competente para adoptar decisiones trascendentes, debe mostrar, entre otros, un estado cognoscitivo normal (es decir, orientación tiempo-espacial, memoria conservada, capacidad de concentración y habilidad para el cálculo elemental, manejo coherente del lenguaje, etc.). Existen distintos criterios de capacidad definidos por distintos autores que se resumen en la tabla I, pero está aún pendiente la determinación de los criterios y estándares necesarios, así como la elaboración de protocolos que faciliten y unifiquen la valoración de la capacidad. En la actualidad, no existen instrumentos totalmente validados en español que permitan desarrollar un protocolo de valoración de la capacidad, siendo a fecha de hoy ésta una valoración prudencial basada en el propio juicio del profesional.

1. Susceptibilidad 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:

- Autorreferenciar los acontecimientos que le suceden
- Razonar adecuadamente sobre las alternativas y sus consecuencias comparando riesgos 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 y discutir y contar a otro cómo y por qué ha tomado esa decisión

TABLA I.
Criterios generales para la valoración de la capacidad

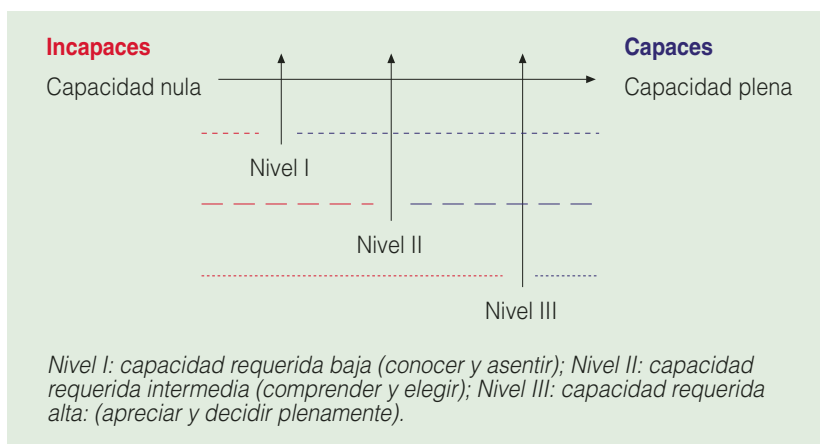


FIGURA 2.
Escala móvil de capacidad de JF Drane

Hay que tener en cuenta además que el grado de capacidad que se exige para tomar decisiones no es siempre el mismo, sino que va a depender del tipo de decisión y de sus consecuencias y que puede variar a lo largo del tiempo en un mismo individuo. Se aplica entonces la llamada escala móvil de capacidad de JF Drane (Fig. 2). En esta escala, se evalúan las respuestas en tres niveles:

- **Nivel I:** grado de capacidad requerido *BAJO*. Aplicable en las siguientes decisiones:
 - Consentimiento en procedimientos con riesgo/beneficio favorable.
 - Rechazo de procedimientos con riesgo/beneficio desfavorable.
- **Nivel II:** grado de capacidad requerido *INTERMEDIO*. Tipo de decisiones para aplicar:
 - Consentimiento o rechazo de procedimientos con balance riesgo/beneficio indeterminado.

- **Nivel III:** grado de capacidad requerido *ALTO*. Aplicable en:
 - Consentimiento en procedimientos con riesgo/beneficio desfavorable.
 - Rechazo de procedimientos con riesgo/beneficio favorable.

En todo lo referido con anterioridad, la capacidad que puede evaluar un profesional de la salud es la capacidad de obrar natural o de hecho, que sería la que reconoce a las personas, en un momento determinado, suficiente inteligencia y voluntad para realizar válidamente un acto jurídico concreto o ejercitar un determinado derecho. Los profesionales no tienen potestad para establecer por su cuenta la capacidad de obrar legal. La modificación de esta capacidad, la incapacitación legal, es una potestad y una responsabilidad exclusiva de los jueces. Por lo tanto, establecer la incompetencia de un adolescente es afirmar que, aquí y ahora, no puede ejercer su derecho, legal-

mente reconocido, al autogobierno personal; esto es, a tomar por sí mismo una determinada decisión sanitaria, y que son otras personas las que deben tomarla en su lugar. Por esto, es conveniente realizar de forma explícita la valoración de la capacidad, sobre todo si los adolescentes tienen que tomar decisiones complejas, registrando adecuadamente en la historia clínica dicha valoración y su resultado.

La evaluación de la capacidad es, en suma, un proceso deliberativo y prudencial y uno de los principales retos de la bioética actual. Todos los miembros del equipo que atiende al menor deben estar implicados, aunque el pediatra o médico de familia que va a llevar a efecto la decisión del paciente sea el responsable último de establecer su capacidad o incapacidad.

CONCLUSIONES

Se debe facilitar al menor la oportunidad de ejercer sus derechos respecto a la toma de decisiones.

Un adolescente maduro es capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de su propia autonomía. Dar valor a las opiniones y elecciones de los adolescentes y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros o a ellos mismos, sería la mejor forma de potenciar su autonomía y desarrollo personal. Negarles sólo en función de la edad la libertad de actuar según sus propios criterios o escamotearles la información necesaria para que puedan emitir un juicio es una profunda falta de respeto. La edad no debe ser un criterio absoluto de capacidad o incapacidad, ni en los menores ni en los adultos.

Con carácter general y sea cual sea la edad del menor es preciso informarle, escucharle tomando nota de sus opiniones y respetar al adolescente maduro en sus decisiones, siempre de forma prudencial, a la vez que se intenta favore-

cer la participación de los padres, sugerida, no impuesta.

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.* Antequera Vinagre JM. El menor en la asistencia sanitaria: intimidad y consentimiento informado. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2002; **4** (15): 495-504.

Analiza desde el punto de vista jurídico la legislación sobre intimidad, confidencialidad y consentimiento informado y los derechos de los menores. Resume claramente la legislación aplicable para orientar a los clínicos, incluyendo el análisis de un caso común en la asistencia primaria.

- 2.* Barrio Cantalejo IM. El problema de la capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: nuevo contenido en la responsabilidad profesional de la enfermera. *Enfermería Clínica* 1998; **8**: 161-5.

Este trabajo recoge las ideas principales de la doctrina del menor maduro, incorporando a la enfermería como parte sustancial del proceso de ayuda en la toma de decisiones clínicas con los menores y sus familias, aportando también la reflexión de un caso clínico.

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

Clásico trabajo sobre la competencia o capacidad, del año 1985 pero vigente en la actualidad. En él se define la escala móvil de capacidad, tomando en consideración los riesgos y beneficios de la decisión y graduando el nivel de capacidad requerido.

- 4.** Gracia D. Bioética y pediatría. *Rev Esp Pediatr* 1997; **53**: 99-106.

El Profesor Gracia repasa algunos de los puntos fundamentales de los estudios sobre el desarrollo moral, desde un punto de vista histórico, filosófico y psicológico, destacando la fuerza del paternalismo en pediatría.

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

Dentro de la serie "Bioética para clínicos", este artículo recoge la bibliografía fundamental del tema, hace un repaso histórico, presenta el marco ético y normativo, y concluye con una deliberación práctica, en la que analiza 4 casos clínicos muy comunes en la asistencia primaria (anticoncepción postcoital, interrupción voluntaria del embarazo, consumo de sustancias tóxicas y trastornos de la conducta alimentaria).

- 6.*** 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. BOE, 15 de Noviembre de 2002.

Todos los profesionales sanitarios deben conocer "de primera mano" el texto de la ley de autonomía, de muy fácil lectura y comprensión. Aunque su interpretación en situaciones muy concretas resulte complicada, debemos conocer los límites que la ley nos impone, sin olvidar los máximos de excelencia que la ética nos sugiere.

- 7.* Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clín (Barc)* 2001; **116**: 104-10.

Este artículo analiza de forma general el complejo proceso de la toma de decisiones en la clínica, fundamentalmente en lo que se refiere a la terapéutica. No se refiere específicamente a adolescentes, pero señala los puntos de complejidad de decidir de forma responsable en condiciones de incertidumbre.

- 8.*** Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico. *Rev Esp Pediatr* 1997; **53**: 107-18.

Analiza la evolución de las teorías sobre la capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias, desde el punto de vista legal y psicológico. Reflexiona sobre la participación de menores en la investigación clínica. Expone los criterios, estándares y protocolos de valoración de la capacidad en menores.

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

En la serie "Bioética para clínicos", este artículo se encarga de la valoración de la capacidad de los pacientes en general para tomar sus propias decisiones en el ámbito sanitario. Complementa el citado anteriormente de la misma serie, siendo los dos artículos más interesantes en nuestro medio que abordan actualmente el complejo tema de la capacidad.

- 10.*** Tejedor Torres JC, Crespo Hervás D, Niño Ráez E. Consentimiento y confidencialidad en medicina del niño y del adolescente. *Med Clín (Barc)* 1998; **111**: 105-11.

En este artículo, se analiza la toma de decisiones ampliando el espectro de edad, incluyendo una reflexión sobre las decisiones de sustitución, el asentimiento en niños y el consentimiento y confidencialidad en adolescentes. También, aporta una visión de la situación en el entorno de otros países de la Unión Europea.

Casos clínicos

Caso clínico 1: se trata de un adolescente de 14 años que acude solo a la consulta de Pediatría para la vacuna correspondiente al calendario vacunal en vigor. Ha acudido en ocasiones anteriores, también solo, por problemas menores, dado que sus padres trabajan en las horas de consulta. No presenta ninguna enfermedad ni antecedentes de interés, no ha sufrido reacciones alérgicas a ninguna vacuna previa. Se le informa de los riesgos y beneficios de la vacuna, las alternativas y se le aclaran las dudas. A juicio del pediatra, comprende la información y valora la situación de forma correcta. El menor no expresa inconveniente en informar a sus padres de su deseo de ser vacunado.

Caso clínico 2: se trata de un adolescente de 15 años que no se quiere vacunar. Acude a la consulta con su ma-

dre que sí quiere que se vacune, pero el padre (no presente en la entrevista) se opone, lo que pone de manifiesto el menor para apoyar su actitud. Los padres están separados, comparten la patria potestad y la custodia la tiene la madre que es con quien vive el paciente.

El calendario vacunal ha sufrido algunas modificaciones y retrasos por diversos motivos, entre ellos por la previa negativa del muchacho a ser vacunado. Es deportista, cuida su alimentación y hábitos y declara que desconfía de las vacunas por sus efectos adversos y sus posibles efectos sobre la inmunidad a largo plazo que le parece no están bien delimitados. Se muestra colaborador y razonable en la entrevista, participa en la información, argumenta sus puntos de vista y acepta las alternativas a la vacunación. La madre insiste en que sea vacunado a toda costa.

Resolución: en ambos casos, para la resolución, habrá de sopesarse el ries-

go real del adolescente tanto de vacunarse como de no hacerlo. Valorar las posibilidades de tratamiento de las distintas opciones (contraer la enfermedad si no se vacuna, o posibles efectos adversos). Evaluar la capacidad del menor y contar con la opinión de los padres y del conocimiento previo del paciente y su familia. Tomar también en consideración la información que puedan aportar otros miembros del equipo, como la enfermera de Pediatría o la trabajadora social. Tener en cuenta que se trata de una actividad preventiva voluntaria, pues ninguna vacuna es obligatoria aunque esté incluida en el calendario vacunal. Sugerir posibles alternativas como priorizar aquellas vacunas de procesos más graves o potencialmente mortales. Acudir al Fiscal de Menores cuando se hayan agotado otras vías más razonables, dado que, por lo general, los casos de vacunación no se consideran como una actuación de grave riesgo.