
Evaluación de los conocimientos legales y éticos de los profesionales sanitarios en relación con el adolescente

M. Sánchez Jacob^a, I. Riaño Galán^b, C. Martínez González^c

^aPediatra. CS La Victoria. Valladolid.

^bPediatra. Hospital San Agustín. Avilés, Asturias.

^cPediatra. CS San Blas. Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:443-56

Marta Sánchez Jacob, martasj@teletel.es

Resumen

Introducción: la atención al adolescente menor de edad requiere conocer la doctrina del menor maduro y reflexionar sobre los derechos de los pacientes. La Ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente (LBAP) defiende el derecho del paciente a la información, consentimiento y confidencialidad. Conscientes de la falta de criterios uniformes en actuaciones que requieren considerar la capacidad del menor decidimos diseñar este estudio con el fin de conocer la opinión de los profesionales en este sentido.

Material y métodos: estudio multicéntrico mediante encuesta anónima dirigida a 400 médicos de Atención Primaria y Atención Especializada. Consta de 13 preguntas cerradas, dirigidas a evaluar conocimientos, comportamientos y actitudes ante adolescentes de 12 a 18 años.

Resultados: los conocimientos de la LBAP son escasos: el 25% conoce cuál es la mayoría de edad sanitaria y el 34% sabe que la persona encargada de valorar la madurez es el médico del paciente. La doctrina del menor maduro la conoce en profundidad el 8,5%. Solo el 23,6% utiliza la firma del menor en el consentimiento informado. El 73% de los encuestados refiere no tener dificultad para considerar maduro a un menor de edad y se siente capaz de deliberar con él cuando existe un conflicto de intereses.

Conclusiones: es necesario mejorar la formación de los aspectos éticos y legales en la asistencia sanitaria y sería deseable generalizar la docencia en bioética.

Palabras clave: Menor maduro, Consentimiento, Capacidad, Legislación.

Abstract

Introduction: adequate healthcare of the adolescent minor requires the physician to be familiar with the mature minor doctrine and to be sensitive to patients' rights. The 41/2002 Act regulating patient autonomy (LBAP) defends the patient's right to information, consent and confidentiality. Conscious of the lack of a standard approach to medical scenarios in which the

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

evaluation of a minor's capacity is required, we decided to design this study in order to find out physicians' opinion of this issue.

Materials and methods: multicentric study using an anonymous survey of 400 Primary Care and Hospital-based Specialist physicians. It comprises 13 closed questions aimed at assessing knowledge, approaches and attitudes when treating adolescents of 12-18 years of age.

Results: physicians' knowledge of Act 41/2002 (LBAP) are very limited: 25% of those surveyed know the legal age of majority for health issues while 34% know that the patient's doctor is the person ultimately responsible for assessing patient maturity. Eight point five percent have detailed knowledge of the mature minor doctrine. Only 23.6% require the minor to sign informed consent. Seventy-three percent state that they find no difficulty in thinking of minors as being potentially mature and the same number are able to carry out a rational discussion with minors in the event of a conflict of interests.

Conclusions: it is necessary to extend physicians' knowledge of the legal and ethical issues involved in healthcare and it would be advisable to make the teaching of Bioethics more widespread.

Key words: Mature minor, Consent, Capacity, Legislation.

Introducción

El concepto de menor maduro fue concebido en Estados Unidos en los años 70, y se ha ido constituyendo de forma progresiva desde el punto de vista jurídico como doctrina del menor maduro (DMM)¹. La expresión "menor maduro" se utiliza para identificar a las personas legalmente menores de edad, pero con capacidad suficiente para involucrarse en la toma de decisiones referentes a su persona. Los derechos de personalidad (salud en general, y salud sexual y reproductiva en particular) y otros derechos civiles pueden y deben ser ejercitados por las personas desde el momento en que tengan juicio natural suficiente, hecho o circunstancia que en la mayoría de las personas sucede bastante antes de los 18 años^{2,3}. Todo

ello se recoge en el ordenamiento jurídico español. Como destaca la ley reguladora de la protección de menores, la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos⁴.

Hoy se acepta, según la Ley básica 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente (LBAP)⁵, y sus leyes autonómicas homólogas, que la mayoría de edad sanitaria (MES) es a los 16 años y que "toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios". Se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. Cuando se trate de me-

nores no incapaces o incapacitados, pero emancipados o con 16 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 tomada en cuenta para la toma de decisiones correspondiente. La ley continúa diciendo que "la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), 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 y por las disposiciones especiales de aplicación". También se aplica el criterio general de mayoría de edad, como requisito para la donación "de vivo" y la elaboración de documentos de voluntades anticipadas en algunas comunidades autónomas. La evaluación de la capacidad del menor corresponde al profesional sanitario que le atiende, y siempre habrá que tener en cuenta la complejidad del acto sanitario, la relación riesgo/beneficio implicada y si la situación es de urgencia o puede esperar⁶.

Muchos profesionales de la salud consideramos que la legislación es compleja, ambigua, origina dudas de interpretación y problemas prácticos de aplicación⁷. Entre otras cosas no regula nada acerca del adolescente entre 12 y 16 años capaz de

entender el alcance de la situación y que entraría de lleno en el concepto de menor maduro. Habitualmente el problema surge cuando hay desacuerdo entre el menor y los padres o tutores en relación a un tratamiento, o cuando hay que elegir entre preservar la confidencialidad del menor o contar con el apoyo de los padres.

Existen opiniones enfrentadas, pero en general prevalece la idea de que independientemente de las obligaciones legales, siempre se debe proporcionar al menor la mayor oportunidad posible para ejercer sus derechos respecto de la toma de decisiones y la confidencialidad de los mismos⁸.

Partiendo de estos hechos, de la escasez de estudios acerca de la aplicación de LBAP en el adolescente y siendo conscientes de la falta de criterios uniformes en actuaciones que requieren considerar la capacidad del menor, decidimos elaborar una encuesta con el fin de conocer la opinión de los profesionales en este sentido.

Material y métodos

Se trata de un estudio multicéntrico, transversal, mediante encuesta anónima dirigida a médicos de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). Las comunidades autonómicas participantes fueron Castilla y León (CyL), Madrid y As-

turias. Las 3 personas encargadas de diseñar, validar y distribuir la encuesta son pediatras (2 de AP y 1 de AE) y tienen formación en bioética. La validación se hizo mediante la distribución de 40 encuestas, realizándose algunas modificaciones que mejoraron la precisión de las preguntas.

La encuesta va precedida de una carta de presentación que explica el contenido de la misma. En el encabezado se especifica que las preguntas se refieren a valorar adolescentes entre 12 y 18 años. Se recogen datos referentes a edad, sexo y puesto de trabajo de los encuestados. Consta de 13 preguntas cerradas, dirigidas a evaluar conocimientos (pre-

guntas 1, 2, 7, 9 y 10), comportamientos (preguntas 3, 11, 12 y 13) y actitudes (preguntas 4, 5, 6 y 8) (tabla I).

Las 3 responsables del estudio, distribuyen la encuesta por distintos centros de su ciudad (en general centros de salud correspondientes a su área y hospital de referencia), y una persona se encargó de la recogida de datos.

Los conocimientos que se exploran se refieren a: edad en la que se adquiere la MES (pregunta 1), supuestos clínicos que modifican la mayoría de edad (pregunta 2), conocimiento de la DMM (pregunta 7), persona responsable de valorar la madurez del menor (pregunta

Tabla I. Encuesta

1	¿La mayoría de edad sanitaria legalmente establecida es...?
2	¿Conoces si existe algún supuesto clínico en la Ley que modifica la mayoría de edad sanitaria?
3	¿Utilizas la firma del menor en el consentimiento informado, cuando este tiene madurez suficiente?
4	¿Tienes dificultad, "resistencia" o prejuicios para considerar maduro a un menor de 18 años?
5	¿Cómo te sientes con un menor, que desea mantener la confidencialidad en materia sanitaria, ante sus representantes legales?
6	¿Te encuentras capaz de deliberar con un menor a fin de encontrar una solución razonable y prudente ante un conflicto de intereses en materia sanitaria?
7	¿Conoces la doctrina del menor maduro?
8	¿Crees que los adolescentes actualmente son más maduros inmaduros que los de tu generación o no se puede generalizar?
9	¿Quién considera que debe valorar la madurez del menor?
10	¿La madurez que se requiere para cada acto sanitario depende o es independiente de las consecuencias derivadas del mismo?
11	Caso clínico. Adolescente de 13 años 6 meses y solicitud de la píldora del día después.
12	Caso clínico. Adolescente de 17 años e IVE.
13	Caso clínico. Adolescente de 16 años con varias toxicomanías que desea tratarse sin que se enteren sus padres.

IVE: interrupción voluntaria del embarazo.

9) y relación entre la madurez del menor y las consecuencias del acto sanitario (pregunta 10).

Los comportamientos analizados son: utilización del consentimiento informado (CI) en el menor (pregunta 3), y posición del profesional ante tres supuestos clínicos (preguntas 11, 12 y 13).

Las actitudes estudiadas son: actitud de "resistencia" o prejuicio para considerar maduro a un menor de edad (pregunta 4), de inseguridad o incomodidad ante la necesidad de preservar la confidencialidad (pregunta 5) y la capacidad de deliberar con el menor (pregunta 6).

El análisis estadístico se realiza con el software Epi Info® 6, salvo para el cálculo de los intervalos de confianza en que se ha usado el Graphpad Software®.

Los resultados se expresan como porcentajes con intervalo de confianza del 95%, calculado mediante el método de Wald. Para la comparación de las proporciones se ha utilizado el test de chi cuadrado, considerándose estadística-

mente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Analizamos los datos de 400 encuestas. Las características generales de los encuestados se muestran en la figura 1 y tabla II. El 57% (230) son mujeres y el 43% (170) varones. El 50% (195) de los encuestados son de Castilla y León, y casi un 25% corresponden a Asturias (106) y Madrid (99). El 40% son pediatras y el 60% son médicos generales. En cuanto al puesto de trabajo, el 77% pertenecen a AP y un 18,5% a AE.

Análisis de los conocimientos

En la figura 2 aparece un diagrama de barras con el porcentaje de encuestados cuya respuesta fue correcta.

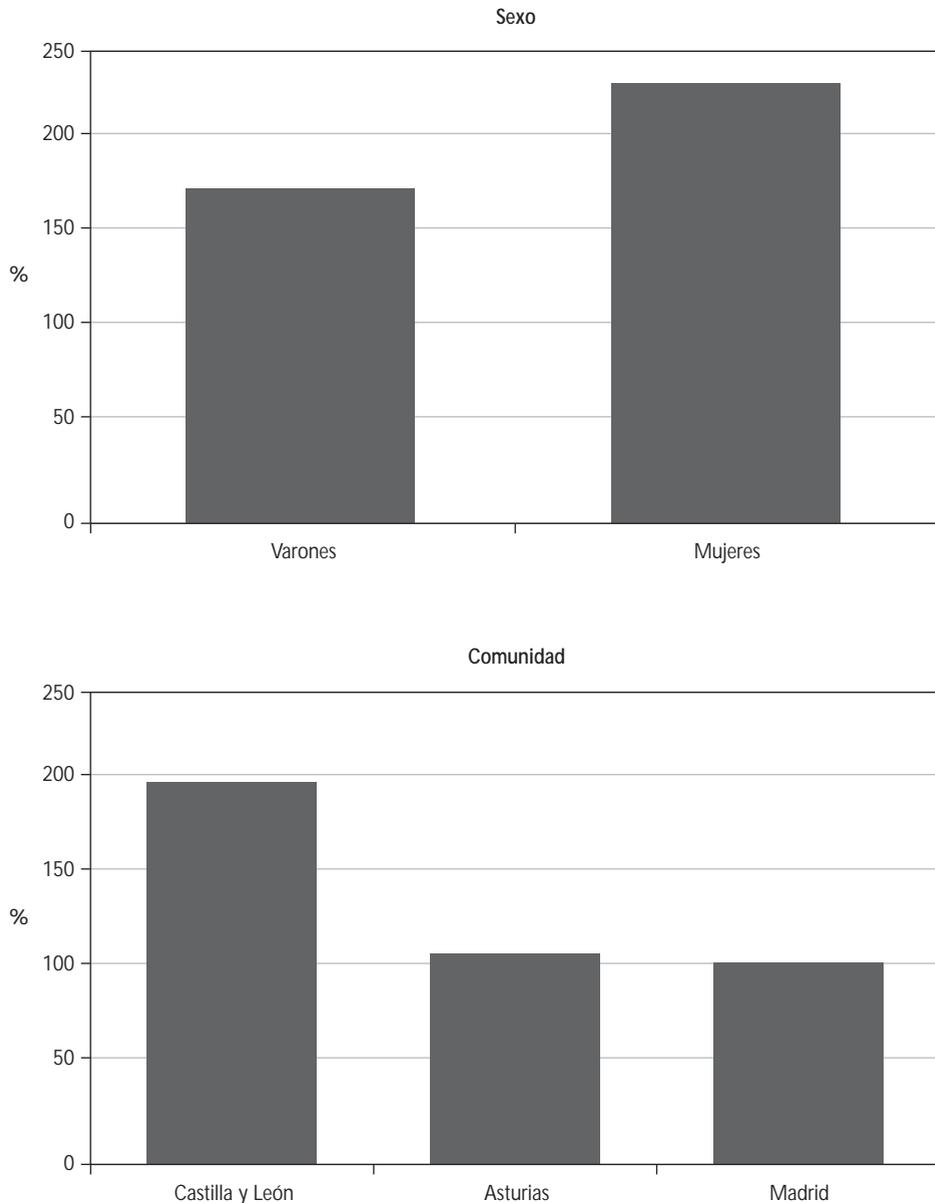
La mayoría de edad sanitaria (MES) legalmente establecida la conocen el 25,3% de los encuestados, con diferencias significativas por tramos de edad ($p < 0,01$) (el 13% de los mayores de 50

Tabla II. Puesto de trabajo de los encuestados

Puesto de trabajo	Urgencias (PAC)	Urgencias (hospital)	Hospital	AP	Total
Pediatras	1	–	48	112	161 (40%)
Médicos generales	4	13	26	196	239 (60%)
Total	–	–	74 (18,5%)	308 (77%)	–

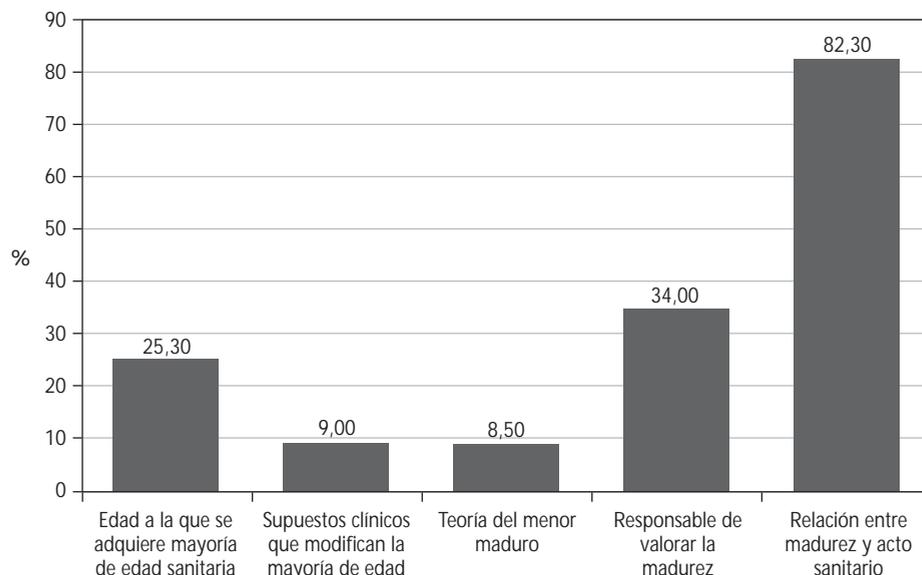
PAC: punto de atención continuada.

Figura 1. Características generales de los encuestados: sexo, edad y comunidad.



Edad media: 44,63 años.

Figura 2. Análisis de conocimientos: respuestas correctas (%).



años y el 54% entre 40 y 50 años) y en relación al puesto de trabajo ($p < 0,01$) (el 32,5% de los pediatras y el 21% de los médicos generales).

Responden correctamente los 3 supuestos clínicos que modifican la MES el 9%, aunque el 32,3% creen que los conocen. Existen diferencias significativas según el puesto de trabajo ($p < 0,007$) entre pediatras (13,7%) y médicos generales (6%).

Respecto a la DMM, el 8,5% la conoce en profundidad, y el 44,6% refiere que solo ha oído hablar de ella.

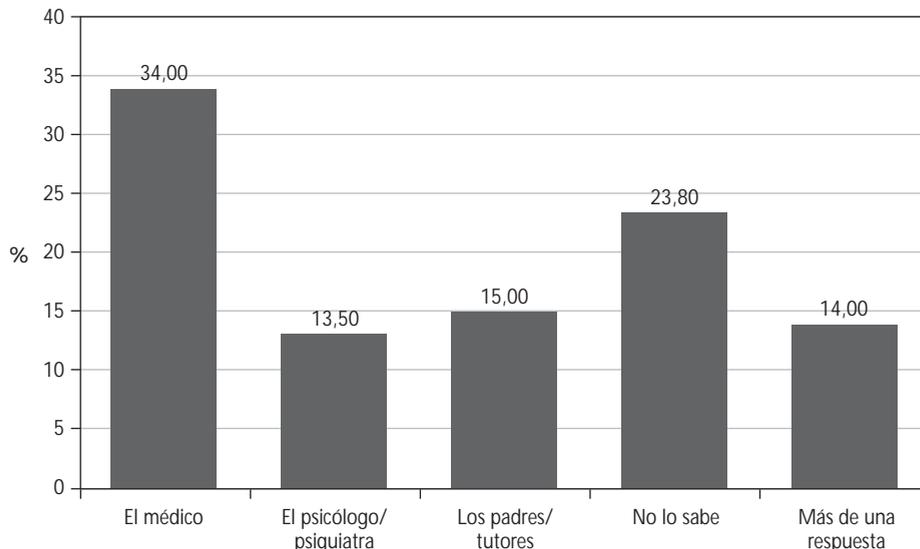
En cuanto a quién es la persona responsable de valorar la madurez del me-

nor, el 34% contesta correctamente que es el médico del paciente, un 13,5% responde que es el psicólogo, el 15% que son los padres, un 23,8% no lo sabe y el 14% señala más de una respuesta (figura 3).

Se constatan diferencias significativas entre comunidades ($p < 0,02$) (el 44,3% en Asturias y el 29,2% en CyL), y entre pediatras y médicos generales (41% y el 29,3% respectivamente) ($p < 0,01$).

Respecto a la madurez que se requiere para cada acto sanitario, el 82,3% afirma que la madurez del menor depende de las consecuencias derivadas del acto sanitario.

Figura 3. Persona responsable de valorar la madurez del menor.



Análisis de los comportamientos

En la figura 4 se muestran las contestaciones que se han dado por válidas y que son las siguientes:

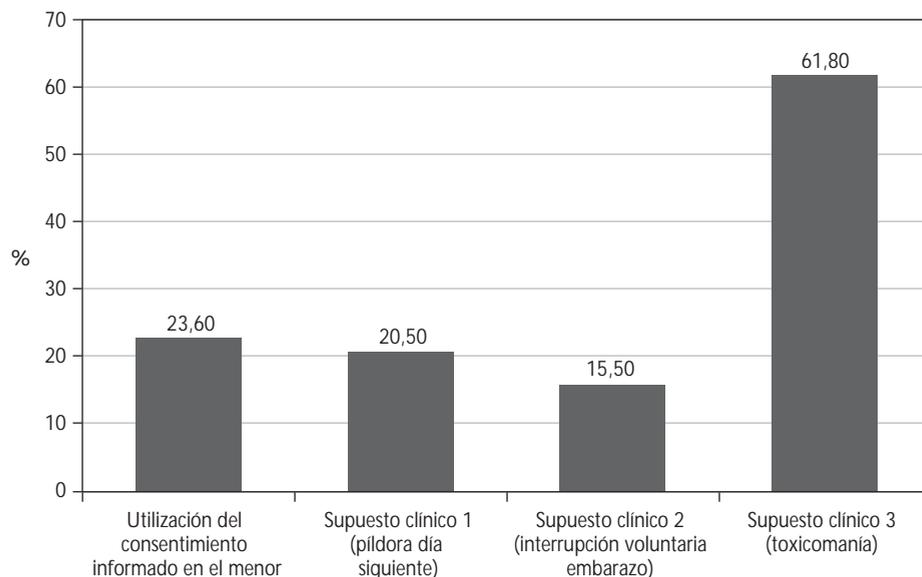
- Pregunta 3. Utilización del CI: utilizarlo y comentar las situaciones en que se hace.
- Pregunta 11. Adolescente de 13 años y 6 meses que solicita la píldora del día después: la prescripción tras la firma del CI.
- Pregunta 12. Adolescente de 17 años que solicita la interrupción voluntaria del embarazo (IVE): ponerlo en conocimiento de sus representantes legales.

- Pregunta 13. Adolescente de 16 años con varias toxicomanías que desea tratarse sin que se enteren sus tutores: involucrarse con él, respetando su deseo de confidencialidad.

En relación al uso de CI escrito, el 23,6% lo utiliza y comenta las situaciones en que lo hace, y un 15,3% refiere que lo utiliza pero no comenta cuándo y para qué. Del 23,6% que lo utiliza y comenta las situaciones en que lo hace, hay diferencias significativas entre comunidades ($p = 0,03$) (el 32% en Asturias y el 17,3% en Madrid)

La píldora del día después se prescribe tras la firma del CI en el 20,5% de los

Figura 4. Análisis de comportamientos: porcentajes de respuestas válidas en cada supuesto clínico.



encuestados. El 15,5% pone en conocimiento de los representantes legales el deseo de IVE y un 61,8% mantiene la confidencialidad del menor ante una toxicomanía. Las respuestas en relación con la píldora del día después quedan reflejadas en la figura 5.

En cuanto a la solicitud de IVE, el 16% lo pone en comunicación de sus representantes legales. El resto de las respuestas aparecen en la figura 6.

Respecto al supuesto de toxicomanías, el 62% se involucra con el adolescente intentando preservar la confidencialidad. En la figura 7 se muestran otras respuestas.

Existen diferencias significativas en el puesto de trabajo ($p < 0,0001$) (68% en el hospital y 39% en AP) y por tramos de edad ($p < 0,0002$) (74,3% entre 41 y 50 años y 49% en mayores de 50 años).

Análisis de actitudes

El 73% no tienen dificultad, resistencia o prejuicios para considerar maduro a un menor de edad.

El 37% se siente seguro ante un menor que desea preservar la confidencialidad ante sus representantes legales, mientras que el 63% se siente inseguro, incomodo o no contesta.

Figura 5. Caso clínico. Prescripción de la píldora del día después; respuestas dadas.

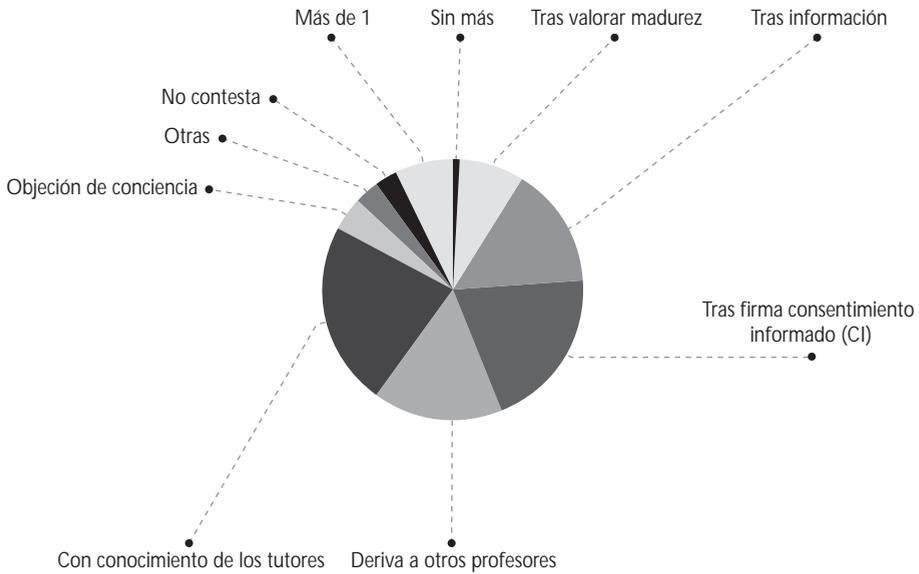


Figura 6. Caso clínico. Solicitud de interrupción voluntaria del embarazo; respuestas dadas.

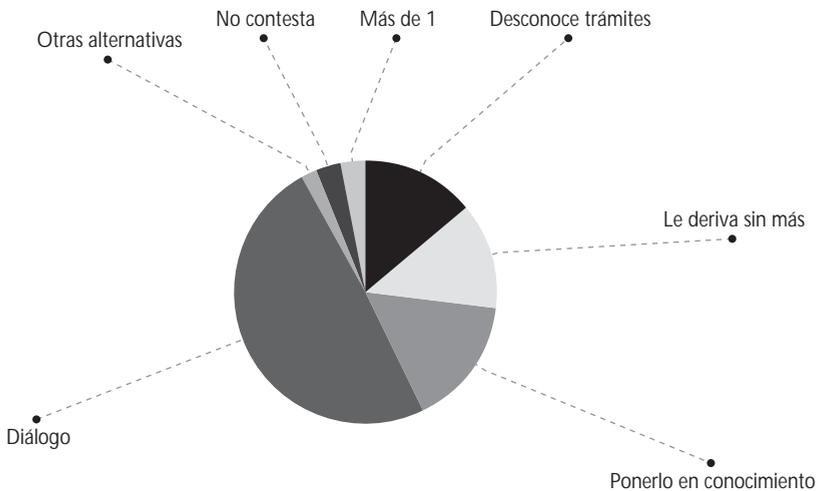
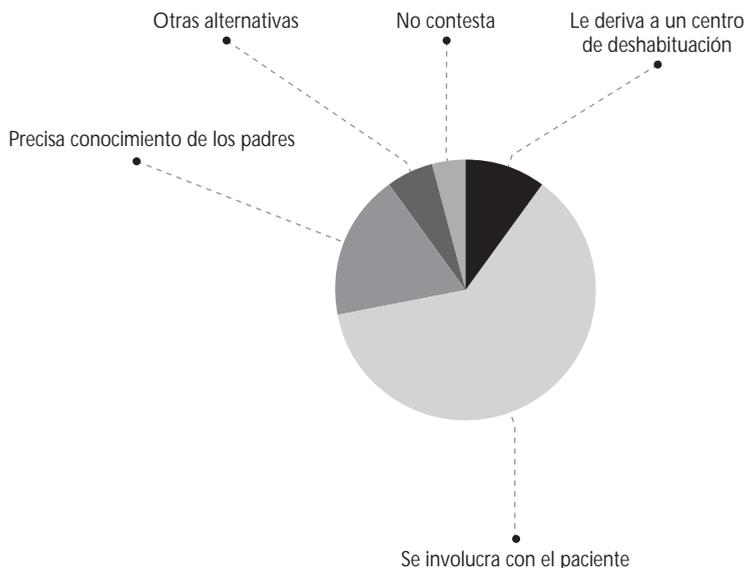


Figura 7. Caso clínico. Toxicomanías; respuestas dadas.



El 73% se siente capaz de deliberar con el menor a fin de encontrar una solución razonable y prudente ante un conflicto de intereses en materia sanitaria.

Discusión

En el ámbito pediátrico la atención al adolescente debería ocupar una buena parte de nuestra formación. En una sociedad como la nuestra en la que cada vez se tiende más y más a "medicalizar", "psicologizar" y "judicializar" los problemas de salud, es necesario reflexionar sobre los derechos de los pacientes y sobre los aspectos legales y éticos en la asistencia sanitaria. Ya no hay vuelta atrás hacia

el tantas veces añorado paternalismo y la mejor formación de los profesionales, unida a las exigencias que demanda una sociedad democrática, debería conducirnos a la etapa adulta de la relación clínica⁹. La atención al menor de edad es compleja ya que implica una relación triangular entre profesional sanitario, padres y adolescente respecto a la madurez, el derecho a la información, el ejercicio de la autonomía, el saber cuándo debemos contar con los padres o tutores y cuándo respetar el derecho a la autonomía del adolescente^{10,11}. El error clásico ha sido el de considerar inmaduro o incapaz a todo aquel que tiene un sistema de

valores distinto del nuestro¹², pero hoy día parece claro que existe la obligación moral de tratar al menor como adulto competente y preservar su confidencialidad mientras no haya motivos suficientes para no hacerlo¹³.

Con la idea preconcebida de que existe un vacío en la formación de los aspectos legales y éticos en materia sanitaria nos decidimos a realizar este estudio, para conocer realmente la posición de los médicos ante el tema del adolescente.

Después de realizar una extensa búsqueda bibliográfica, no hemos encontrado estudios similares en nuestro país. Sí que existe un estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad, que nos ha servido de base para diseñar el estudio, y que constata el desconocimiento por parte de los profesionales de las leyes y penas que conlleva el vulnerar la confidencialidad, y el elevado porcentaje de los mismos que reconoce llevar a cabo prácticas contrarias a lo establecido legalmente¹⁴.

Los conocimientos de la LBAP son realmente muy escasos. La MES solo es conocida por el 25% de los profesionales, los supuestos clínicos que se rigen por otras disposiciones de aplicación únicamente por el 9%, y saben cuál es la persona responsable de valorar la ma-

durez del menor sólo el 34%. Todo ello nos induce a pensar que aunque la LBAP fue promulgada hace ya casi 6 años, ha sido poco difundida entre los profesionales. Como cabía esperar por su dedicación al adolescente, los pediatras aventajan a los médicos generales. Como hecho destacable, cabe reseñar que los profesionales asturianos son los que tienen mejores conocimientos, y los castellanos los peores. Hasta ahora la divulgación de las leyes sanitarias no está incluida en la formación continuada de los médicos, por lo que cabría intuir que en Asturias, desde otras instancias, existe una mayor preocupación docente. Quizás también el hecho de la firma del Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina en Oviedo, el 4 de abril de 1997 ha ayudado a una mayor sensibilización y difusión de estos temas en dicha comunidad¹⁵.

La utilización de la firma del adolescente en el CI aún no es una práctica habitual en la asistencia (solo una cuarta parte de los encuestados), siendo mayor su uso, de nuevo, en los profesionales asturianos.

Para la prescripción de la píldora del día después en una adolescente de 13 años y 6 meses, un 20,5% utiliza el CI, hecho que no es indispensable en esta situación. Cabe destacar que una cuarta

parte de los médicos no la prescriben sin el conocimiento de sus tutores y que tan solo un 3,5% alega objeción de conciencia.

Por su especial importancia, señalamos que ante una adolescente de 17 años que solicita IVE, la mitad de los encuestados intenta entablar diálogo con la adolescente con el fin de evitar un posible conflicto de intereses entre ella y sus padres. Este comportamiento nos parece muy acertado. El 15% se siente, de entrada, en la obligación de ponerlo en comunicación de sus tutores y un 13% deriva a la adolescente, sin más premisas, a otro profesional para que inicie los trámites.

Conviene en este punto hacer una precisión: la LBAP cae en un error cuando exige la mayoría de edad para consentir un aborto, puesto que pasa por encima de la Ley Orgánica 9/1985 de reforma del Código Penal¹⁶, que regula los supuestos de despenalización del aborto. Su redactado no exige los 18 años sino que habla en todo momento de la "mujer embarazada". Por tanto una ley con rango inferior, como es la LBAP, no puede establecer un requisito más estricto que la ley orgánica de reforma del Código Penal¹⁷.

Se constata que afrontar al adolescente toxicómano que desea comenzar su tratamiento preservando la confidencialidad no supone un problema, como lo demuestra el hecho de que el 62% de los médicos se involucra activamente con el paciente.

En el análisis de las actitudes existe la paradoja de que aunque el 73% no tiene dificultad, resistencia o prejuicios para considerar maduro a un menor y se encuentra capaz de deliberar con él, el 63% se siente inseguro o incómodo a la hora de preservar la confidencialidad. Cabría explicar esta actitud como una mayor dificultad ante actos concretos que precisan del apoyo de los padres o tutores.

Somos conscientes de que la encuesta presenta algunas limitaciones, como es el pequeño tamaño de la muestra y el hecho de dar por válidas algunas alternativas que podrían ser discutibles, y que se decidieron a título personal. Pero está claro que es una primera aproximación a este importante tema que explora algunos conflictos legales y éticos tan frecuentes en la relación clínica que se establece con el adolescente menor de edad legal pero supuestamente maduro para la toma de decisiones clínicas.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Model act providing for consent of minors for health services. *Pediatrics*. 1973;51:293.
2. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico. *Rev Esp Pediatr*. 1997;53:107-18.
3. Sánchez Jacob M. El menor maduro. *Bol Pediatr*. 2005;45:156-60.
4. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
5. 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 [consultado el 06/07/ 2008]. Disponible en www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf
6. Zutlevics TL, Henning PH. Obligation of clinicians to treat unwilling children and young people: An ethical discussion. *J Paediatr Child Health*. 2005;41:677-81.
7. Martínez Urionabarrenetxea K. La capacidad del menor en el ámbito de la salud: dimensión socio-sanitaria. *Derecho y Salud*. 2007;15:27-42.
8. Beltrán Aguirre JL. La capacidad del menor de edad en el ámbito de la salud: dimensión jurídica. *Derecho y Salud*. 2007;15:9-26.
9. Couceiro A. La relación clínica en las sociedades democráticas. *Bioética & Debat*. 2007;XIII(50):17-21.
10. Martínez González C. Problemas éticos y legales en la atención al adolescente. En: AMPap, ed. I Curso Primavera 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 25-30 [consultado el 06/07/2008]. Disponible en www.ampap.es/docencia/pdf/curso_prim_2006.pdf
11. Antequera Vinagre JM. Los menores y la atención sanitaria tras la Ley 41/2002 de autonomía del paciente. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003; 5:459-69.
12. Gracia D, Jarabo Y, Martín N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:179-90.
13. Larcher V. Consent, competence, and confidentiality. *BMJ*. 2005;330:353-6.
14. Iraburu M, Grupo de Trabajo del EMIC. Estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad. *Med Clin (Barc)*. 2007;128: 575-8.
15. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina [consultado el 06/07/2008]. Disponible en www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf
16. Ley orgánica 9/1985 de 5 de julio. De reforma del artículo 417 bis del Código Penal [consultado el 06/07/2008]. Disponible en www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1986/17595&codmap
17. Terribas N. La competencia del menor: un tema pendiente. *Bioética & Debat*. 2007;XIII(49): 12-4.

