

Consentimiento informado en el menor de edad (I)

JM. Torres León¹

Med Mil (Esp) 2004; 60 (4): 266-270

INTRODUCCIÓN

A partir de la segunda mitad del siglo XX la autoridad del paciente ha adquirido un mayor protagonismo frente al tradicional paternalismo médico. Esta nueva forma de entender la relación médico-enfermo se ha concretado en el desarrollo de la teoría del consentimiento informado.

La corriente innovadora del consentimiento informado procede de EE UU y no se reflejó en España hasta la década de los 80. La primera Carta de Derechos de los Pacientes en el artículo 10 de la ley General de Sanidad supuso un punto de partida.

Posteriormente la teoría del consentimiento informado ha alcanzado en nuestro país unas bases deontológicas y legales muy sólidas que se recogen en la tabla 1.

La teoría del consentimiento informado ha transformado la relación médico-enfermo puesto que promueve la autonomía del individuo y estimula la toma de decisiones individuales. Desde el punto de vista jurídico ha establecido la obligación del médico de informar adecuadamente al paciente, para que tome decisiones libremente, y la necesidad de obtener su consentimiento antes de realizar una intervención o una investigación.

La ley básica 41/2002 (1) define el consentimiento informado 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».

Los aspectos teóricos y prácticos del consentimiento informado son con frecuencia fuente de debate. Cuando el objeto de su aplicación es el menor de edad las dificultades añadidas son aún mayores.

La antigua percepción del menor como un sujeto pasivo, incluso frente a decisiones que le afectan directamente, ha dejado paso a una nueva visión de los derechos humanos en la infancia que reconoce la titularidad de los derechos de los menores y su capacidad evolutiva para ejercerlos.

Esta idea se ha recogido en diversos textos legales internacionales como el derecho del niño a recibir información adecuada a su edad (Carta Europea de los derechos del niño) (2) y a considerar su opinión como un factor determinante en función de su edad y grado de madurez (Convenio de Oviedo) (3)

Trasladada al marco jurídico de España (Constitución, Código Civil y Ley del Menor) se ha traducido en «el reconocimiento del

Tabla 1. Marco jurídico y deontológico del consentimiento informado.

Normas jurídicas	
Convenio relativo a los derechos humanos y a la biomedicina (Convenio de Oviedo) del Consejo de Europa	Arts. 5-8
Carta de los derechos Fundamentales de la Unión Europea	Art 3.2
Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad	
Ley 41/2002 de 14 de noviembre, consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas.	Art. 10
Ley 25/1990 de 20 de diciembre, del medicamento.	Arts. 8-10
Ley 30/1979 de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.	Art. 60
Ley 35/1988 de 22 de noviembre, por la que se regulan las técnicas de reproducción asistida humana.	Arts. 4 y 6
Ley 42/1988 de 28 de diciembre, sobre donación de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos.	Arts. 2 y 6 Arts. 2 y 4
Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente, y a la documentación clínica (Cataluña).	Arts. 2-4 y 6-8
Deontología	
Código de Ética y Deontología médica de la Organización Médica Colegial, 1999.	Arts. 9 y 10
Codi de Deontologia. Normes d'ètica mèdica. Consell de Col. Legis de Metges de Catalunya, 1998.	Arts. 12-15 y 20-27
Código Deontológico de la enfermería española, del Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería, 1989.	Arts. 6-13

derecho del niño a ser oído, en la medida de su madurez, en todo lo que le afecte» y por tanto introduce el concepto de «desarrollo evolutivo» del menor en el ejercicio de sus derechos (4).

Por tanto las limitaciones de la capacidad de obrar del menor deben interpretarse tal y como dice la ley del Menor de una forma restrictiva.

Esta nueva filosofía ha producido un cambio en el manejo de los conflictos de los deberes de la patria potestad de los padres y la autonomía de los hijos.

Los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación en el menor de edad han sido fijados en España por el art. 9.3 de la ley 41/2002 de 14 de Noviembre (1).

En ese artículo se dispone que no cabe el consentimiento por representación en los casos de menores no incapaces ni incapacitados, que estén emancipados o tengan dieciséis años cumplidos.

¹ Cte. Médico. Servicio de Urgencias. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla».

Dirección para correspondencia: Dr. JM Torres León. Servicio de Urgencias. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Glorieta del Ejército s/n. 28047 Madrid.

Recibido: 12 de noviembre de 2004.

Aceptado: 24 de noviembre de 2004.

Consentimiento informado en el menor de edad (I)

Por otra parte, se establece que el consentimiento se haga por representación cuando el paciente es menor de dieciséis años o si a criterio del facultativo no es capaz de comprender la intervención. La ley obliga a escuchar la opinión del menor, si tiene doce años cumplidos, antes de que su representante autorice la intervención.

Las decisiones por sustitución, la valoración de criterios de competencia para la toma de decisiones, el concepto de menor maduro o el asentimiento en los niños son aspectos que han suscitado un interés añadido a la teoría del consentimiento informado en el menor de edad.

Algunos problemas de la práctica clínica diaria como el abuso de drogas, embarazo involuntario o el uso de anticonceptivos resultan a veces difíciles de resolver. En estas situaciones se plantea el dilema de preservar la confidencialidad, exigida por la relación médico-paciente, frente a los derechos tradicionales de responsabilidad de los padres.

Además, los avances científicos en el campo de la medicina genómica han suscitado nuevas preguntas sobre los problemas éticos y legales de los test genéticos en menores de edad.

LOS ELEMENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL MENOR DE EDAD

Aunque las exigencias y requisitos del consentimiento informado son motivo de discusión, la mayoría de los autores admiten de forma clásica tres elementos: información, voluntariedad y capacidad.

En el caso de los menores de edad estos elementos adquieren cualidades especiales que merece la pena examinar.

1.-La información es un requisito imprescindible del consentimiento informado. Aún cuando el consentimiento se otorgue por representación, no debe de excluirse de este requisito al menor de edad.

El art.5.2 de la ley 41/2002 (1) hace referencia a la obligación de informar al paciente de forma adecuada a sus posibilidades de comprensión.

La información que se presente al paciente menor de edad tiene dos aspectos que conviene ser diferenciados:

- a) La cantidad de información suministrada debe de incluir los aspectos de la naturaleza del proceso, el procedimiento diagnóstico o terapéutico recomendado, los riesgos y efectos secundarios probables, alternativas posibles y beneficios esperados de unos y otras. Debe de ser «razonable» más que exhaustiva y adaptada a las necesidades particulares de información que tengan tanto el menor como su representante legal.
- b) La información ha de presentarse en un lenguaje asequible y deben evitarse la falta de honestidad o los engaños, algo que no es excepcional en el caso del menor. Es necesario transmitir de una forma adecuada la información del problema o de la decisión que se vaya a tomar, preguntar por experiencias pasadas respecto a una situación similar y reconocer las ideas erróneas que puedan hacer modificar las decisiones.

EL término de *información adecuada* empleado en el art.5 del Convenio de Oviedo (3) viene a subrayar estos dos aspectos de la

información médica, anteriormente citados. Las técnicas de entrevista clínica y relación son herramientas útiles que pueden ayudar a transmitirla a los menores de edad.

2.-La voluntariedad es un elemento del consentimiento informado que tiene especiales condicionantes en el caso del menor de edad.

En ocasiones la influencia que el médico ejerce sobre un paciente puede llegar a la manipulación. Además en el caso de los niños es inevitable una influencia mayor o menor de la familia y un cierto grado de beneplácito por parte del menor en las decisiones que sobre él tomen los padres.

En cualquier caso tanto el médico como por la familia deben de evitar la coacción y la manipulación de las decisiones del menor.

3.-La capacidad es el elemento del consentimiento informado que mayor controversia produce.

Si el paciente no es competente su consentimiento no constituye una autorización para el tratamiento, con independencia de lo minuciosa que resulte la información o la ausencia de coacción en las relaciones clínicas (5).

Sólo los pacientes, considerados capaces legalmente y de hecho, pueden autorizar un tratamiento o un procedimiento diagnóstico.

En el caso de los niños la ley 41/2002 (1) los considera capaces legalmente para prestar el consentimiento por ellos mismos a partir de los dieciséis años, aunque con alguna excepción. Sin embargo, se exige tener en cuenta la opinión del menor a partir de los doce años y por tanto es preciso en estos casos valorar el grado de competencia del niño.

Desde un punto de vista clínico la capacidad puede definirse como la habilidad mental para decidir de acuerdo con sus objetivos, intereses y valores (5).

En el caso del menor además de las facultades para la toma de decisiones es necesario conocer los límites que la ley impone.

Por tanto este elemento del consentimiento informado tiene dos aspectos diferentes para los que se emplean los términos **capacidad** en el caso del estado clínico que valora un profesional y de **competencia** en el caso del estatus legal.

La ley 41/2002, de 14 de Noviembre en su art. 9.3.c establece que «*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.*» (1).

El concepto de menor emancipado reconoce a ciertos menores de edad como legalmente emancipados antes de cumplir la mayoría de edad. Es un concepto anglosajón que es interpretado de forma más o menos amplia según los países.

En EE.UU. son considerados como adultos aquellos menores que se sustentan por sí mismos vivan o no en casa de sus padres, los que están casados, las embarazadas o los que son padres, los militares o los considerados emancipados por un juez (6).

El Código Civil español establece en su art. 314 que la condición de emancipado se adquiere, además de por mayoría de edad, en los casos en los que el menor contrae matrimonio, cuando existe esta concesión por parte de los que ejercen la patria potestad o por concesión judicial en menores de más de dieciséis años.

De esta forma la ley admite que los emancipados y mayores de 16 años tienen suficiente inteligencia y voluntad para ejercitar sus

derechos y por tanto tienen competencia para prestar el consentimiento con validez.

El principio de que los derechos de la personalidad y otros derechos civiles pueden ser ejercidos desde que existe capacidad para disfrutarlos representa la base teórica de lo que se ha denominado concepto del **menor maduro** (7).

La doctrina del menor maduro tiene su origen en los estudios de la psicología evolutiva del desarrollo cognitivo y moral que demuestran que la mayoría de los adolescentes alcanzan su madurez moral entre los trece y quince años (8).

Se trata de una definición social que reconoce la creciente capacidad del adolescente y afirma que ellos pueden tomar decisiones racionales y que son competentes para dar consentimiento para recibir atención médica (9).

Según Singer (10) los criterios que permiten a un adolescente dar su consentimiento en una intervención en el ámbito de la salud son los siguientes:

- a) Edad superior a 14 años.
- b) Competencia del paciente para tomar esa decisión, según opinión de su médico responsable.
- c) El procedimiento es en beneficio del paciente y no implica riesgos graves.

La tendencia legal en España es favorecer la doctrina del menor maduro (11). El Código Civil español establece límites a la representación legal de los padres sobre los menores de edad no emancipados. La ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor reconoce la titularidad de los derechos de los menores de edad y su capacidad progresiva para ejercerlos (4).

La ley básica 41/2002 (1) en su artículo 9 admite una presunción de competencia en el menor a partir de los doce años y considera competentes a los mayores de dieciséis años.

Podemos considerar la ley en línea con la doctrina del menor maduro.

No obstante en lo referente a los mayores de dieciséis años el mismo artículo de la citada ley continua con la siguiente previsión «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» (1). Este párrafo pone en duda la capacidad absoluta del menor para consentir en caso de intervenciones de grave riesgo. Por tanto entra en disputa con lo que la propia ley regula en el párrafo anterior en el que se dice que con dieciséis años cumplidos no cabe prestar el consentimiento por representación.

Además la aplicación de la ley ofrece dudas por la propia naturaleza del ámbito clínico en el que se mueve la decisión del paciente. Así en su art. 9.4 establece una limitación del consentimiento para los menores de edad en tres supuestos. Uno de estos supuestos es el aborto, que aún puede prestarse a mayor discusión. Los límites impuestos parecen poco afortunados puesto que no incluye otros para los que también existe una legislación específica (8).

Estas consideraciones legales reflejan la idea de que una capacidad o incapacidad que valga para todo juicio no se sustenta en situaciones que pueden resultar muy diferentes.

Con independencia de estas limitaciones, las preguntas de los médicos sobre ¿qué criterios de competencia hay que utilizar? y ¿cómo pueden valorarse? no resultan fáciles de contestar.

¿CÓMO EVALUAR LA COMPETENCIA DEL MENOR?

La elección de unos criterios que determinen la capacidad de un paciente es una cuestión difícil de resolver.

Es fácil de comprender que se planteen mayores dudas cuando:

- Un paciente menor de edad mantiene una opinión contraria a la del médico o a la de sus padres.
- Rechaza el tratamiento propuesto o cuando elige un tratamiento, que según la opinión del médico, amenaza su bienestar.

La evaluación de la competencia supone valorar aspectos que están relacionados entre sí (12). Estos aspectos, en los que la edad no es siempre una medida satisfactoria de la capacidad mental, son los siguientes:

a) El **conocimiento** de la enfermedad, que en los niños se realiza paralelamente al conocimiento en otras áreas.

Los niños pequeños entienden la enfermedad como algo causado por una contaminación desde fuera del cuerpo o por algo que se ha ingerido.

En una etapa posterior denominada etapa «psicológica» el niño entiende la enfermedad como un proceso causado por un mal funcionamiento de un sistema orgánico interno.

La mayoría de los niños no alcanzan este periodo hasta los 11 años o más. En esta etapa la idea sobre la enfermedad es muy parecida a la que un adulto competente tiene sobre la misma.

b) La **racionalidad**, que es una facultad que depende no solo de la edad, pues varía con la capacidad intelectual del niño y sus fluctuaciones cognitivas y emocionales.

Esta capacidad se suele alcanzar a los 12 años de edad y se relaciona con la facultad para pensar en abstracto, considerar múltiples circunstancias, realizar hipótesis y predecir consecuencias futuras. Por ejemplo antes de esta etapa un niño es capaz de deducir las consecuencias negativas del tabaco para la economía y sus capacidades atléticas, cuando se alcanza esta etapa el niño es capaz de entender los riesgos para la salud a largo plazo.

El médico y los padres deberían de considerar si el menor tiene facultades para reflexionar con cautela en la toma de decisiones, si es capaz de considerar las futuras consecuencias de su decisión, su capacidad para aprender de errores pasados y algunos aspectos de su carácter como la estabilidad emocional y su impulsividad.

c) La **naturaleza de la decisión** es un elemento clave en la valoración de la capacidad para decidir que está ligada a la decisión concreta en cada caso particular.

Como regla general, la capacidad o incapacidad de una persona no afecta a todos las decisiones que se pueden tomar en las diferentes situaciones que se plantean en la vida. El riesgo de la decisión, la posibilidad de posponer la intervención y el peso de riesgo y beneficio deben de ser tenidos en consideración.

Desde los años setenta y sobre todo desde el campo de la psiquiatría se han desarrollado esfuerzos con el fin de conseguir unos criterios que definan a un paciente como capaz.

Los primeros trabajos exploraban la capacidad mediante diferentes tests aplicados también al ámbito judicial. Posteriormente surgieron tests más elaborados que, mediante una escala móvil, valoraban diferentes aspectos del consentimiento, unos simples como la capacidad de comunicar una decisión y otros más complejos

como la capacidad para comprender todos los aspectos de la decisión a tomar.

Algunos autores jerarquizaron estos criterios y diseñaron un modelo para evaluar la capacidad según un balance de riesgo/beneficio. De esta forma, cuando el balance riesgo/beneficio resulta favorable y el paciente consiente el tratamiento, podría aplicarse un test de capacidad de bajo nivel de exigencia. De igual modo se requeriría un bajo nivel de exigencia para los casos en los que el paciente rechazara tratamientos de dudosa validez. Por el contrario el nivel de exigencia sería mayor cuando el paciente rechazara tratamientos con un balance de riesgo/beneficio favorable o bien admitiera tratamientos con un balance desfavorable en cuanto a su beneficio.

Han surgido nuevos criterios de valoración de la capacidad, la mayoría con niveles de exigencia progresivos. Algunos valoran aisladamente los cuatro aspectos de la toma de decisiones: la capacidad de elegir, comprender, razonar y apreciar. En este tipo de valoración las pruebas de apreciar se han considerado como las que indican un mayor grado de comprensión. Esta valoración ha tenido críticas puesto que valoran aptitudes diferentes que no tienen porque darse al mismo nivel en un mismo paciente. Appelbaum y Grisso critican esta forma de valorar la capacidad y publican un trabajo en el que proponen un sistema de puntuación para los diferentes aspectos de la capacidad (14). Este test, el *MacArthur competence assessment tool-treatment* (MacCat-T), ha mostrado su utilidad en el campo de la psiquiatría.

Aunque podemos afirmar que no se dispone de una guía plenamente segura que valore la capacidad de los pacientes, un modelo que a mi modo de ver resulta especialmente interesante para evaluar la competencia en el caso de los niños es el propuesto por James F. Drane (3). Este autor propone una escala móvil que exige unos criterios de competencia mayores cuando las consecuencias de aceptar o rechazar un tratamiento son más graves (4), en él se hace referencia a la edad como un aspecto que debe de considerarse entre los estados que suponen competencia o incompetencia.

La escala móvil puede servir de referencia ante situaciones de conflicto pues intenta mantener un equilibrio entre la racionalidad, la autonomía del paciente y la beneficencia del mismo.

EL CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN

Tradicionalmente la toma de decisiones médicas en el menor la han realizado los padres.

Por lo general la opinión del médico siempre ha sido tomada en cuenta y en la práctica clínica diaria se tiende a la responsabilidad compartida de padres y médicos en los casos del menor no maduro.

El Código Civil regula los deberes y derechos de los padres para con los hijos es decir, la patria potestad. En los artículos referidos a la misma, la ley establece que la patria potestad se ha de ejercer siempre en beneficio de los hijos.

La familia se ha considerado como una institución de beneficencia y por tanto parece en buena lógica que sean los padres las figuras más indicadas para dar el consentimiento por sustitución. Aunque la salud podemos considerarla como un bien absoluto, algo que no admite lugar a objeciones, no resulta tan fácil definir cual es el mayor beneficio para el menor. Las situaciones clínica pueden llegar a resultar muy diferentes y las decisiones controvertidas. Por tanto este principio de beneficencia se encuentra sujeto a un siste-

ma de valores que cada vez tiene más diferencias en la sociedad pluralista en la que nos encontramos.

Por esto aunque el Código Civil establece que la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos y que el incumplimiento de los deberes inherentes a la patria potestad privaría a los padres del ejercicio de la misma, puede suscitarse la cuestión sobre si los padres saben siempre interpretar cual es el mayor beneficio para el menor.

El Código Civil limita la patria potestad y exceptúa de la misma «los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las Leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo» (arts. 154.3 y 162.1)

La salud debe considerarse entre los derechos relativos a la personalidad y por tanto podemos interpretar que el Código Civil anticipa lo establecido más recientemente en la ley básica sobre el consentimiento en menores.

El Convenio de Oviedo (3) en su art. 6, al referirse al consentimiento por representación en menores o incapaces, expresa normas muy similares:

- Las intervenciones en las personas incapaces para expresar su consentimiento sólo podrán realizarse en beneficio de las mismas.
- La intervención en un menor que no tenga capacidad para expresar su consentimiento sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración en función de su edad y su grado de madurez.

El Convenio de Oviedo y el Código Civil vuelven a poner de relieve la dificultad de las decisiones en el menor por el obstáculo que supone evaluar el grado de capacidad y las diferentes circunstancias en las que se deberían de evaluar.

Respecto a la patria potestad y el internamiento de menores, por razón de trastorno psíquico, la Ley de Orgánica de Protección Jurídica del Menor (4) ha modificado el primer párrafo del art. 211 del Código Civil. En este artículo se establece que el internamiento de menores requerirá de la autorización judicial, aunque esté sometido a la patria potestad, en un establecimiento adecuado a su edad y previo informe de los servicios de asistencia del menor.

Cabe preguntarse si los establecimientos adecuados a la edad que la ley menciona existen en nuestro país.

Un concepto que ha cobrado aceptación en la toma de decisiones médicas en el menor es el del **asentimiento**. Este término se define como un acto imperfecto realizado por una persona parcialmente incapaz, como pueda ser un menor. El asentimiento tiene validez en ciertos supuestos, pero debe de ir acompañado siempre del consentimiento de los padres o tutores.

El concepto de asentimiento refleja la importancia de obtener el acuerdo de los niños antes de iniciar la asistencia médica. No quiere decir esto que el menor, sea cual sea su capacidad, tenga en su mano el poder de decidir pero sí que se implique de forma activa en el proceso de su enfermedad.

La edad a partir de la cual se debe pedir el asentimiento del menor es difícil de establecer porque variará según el desarrollo de cada persona. En los niños de siete años o más es de suponer un cierto grado de capacidad para la toma de decisiones (4).

La ley básica 41/2002 (1) establece que en los casos de incapacidad del menor, la opinión de este, si tiene doce años cumplidos, debe de ser escuchada antes de que el representante legal del menor dé el consentimiento.

El asentimiento para poder considerarse adecuado debe de reunir los siguientes requisitos (13):

- Conseguir de una forma adecuada a su nivel de entendimiento que el paciente adquiera conciencia de la naturaleza de su problema médico.
- Explicar al niño lo que se espera conseguir con la prueba o el tratamiento propuesto.
- Valorar la comprensión de la situación médica
- Solicitar su aceptación (En las situaciones en las que el menor reciba tratamiento contra su voluntad, debe conocer el motivo y no ser engañado).

Una situación cada vez más frecuente en la práctica diaria es la actuación médica no urgente en menores no acompañados por sus padres.

El alejamiento del menor de sus padres, durante periodos de tiempo a lo largo del día o incluso días enteros, es una circunstancia que no es inhabitual por los condicionantes de la sociedad en la que vivimos.

En España no se han planteado hasta la fecha problemas legales en el caso de menores que acuden al médico acompañados por familiares diferentes a los padres o de cuidadores empleados por los mismos. En otros países, esta circunstancia se contempla como una situación compleja que puede tener implicaciones legales. Hasta tal punto que se han publicado recomendaciones para la actuación médica en estos casos. La Academia Americana de Pediatría observa lo siguiente en una guía de actuación recientemente publicada (14):

- a) Establecer unos criterios comunes entre todos los médicos para actuar de una misma forma ante un menor que no es acompañado por sus padres o tutor.
- b) Si la decisión tomada es no realizar ninguna actuación no urgente sin la presencia de sus padres o tutores, debe de informarse a la opinión pública de este modo de actuar.
- c) Si la decisión tomada es la de proporcionar asistencia no urgente a menores no acompañados por sus padres o tutores, la recomendación que estos autores exponen es la de realizar un documento en el que se delegue la autoridad en otra persona para tomar decisiones en la asistencia médica de un menor no capaz. Este documento debe de contener entre otros datos los siguientes:

- Quien es la persona que delega la autoridad.
- A quien se faculta para ejercerla.
- En que circunstancias se puede ejercer esta autoridad delegada.
- Especificar para que tipo de actuaciones médicas se delega la autoridad y que limitaciones tiene la persona en la que se delega la autoridad.

En los casos en los que no es posible contactar con los padres del menor y la decisión médica, aunque urgente puede demorarse unas horas, algunos autores estadounidenses recomiendan contactar con el mayor número posible de familiares cercanos del menor y dejar reflejadas sus decisiones en la historia clínica (15).

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Carta Europea de los Derechos del niño. Resolución A-3-0172/92 del Parlamento Europeo.
3. Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Oviedo 4 de abril de 1997. (Instrumento de ratificación publicado en el BOE, num 251, de 20 de Octubre de 1999).
4. Ley de Protección Jurídica del Menor. Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero.
5. Lynn J. Informed consent: An overview. Behavioral Sciences and the law 1983;1:29-45.
6. Committee on Bioethics. Informed consent, preteral permission, and assent in pediatric practice. Pediatrics. 1995;2:314-317.
7. Tejedor Torres JC, Crespo Hervás D, Niño Raéz E. Consentimiento y confidencialidad en medicina del niño y adolescente. Med Clin (Barc) 1998;111:105-111.
8. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: Un problema ético y jurídico. Rev Esp Pediatr 1997;53:107-118.
9. Silber TJ. Consideraciones éticas en el tratamiento médico del paciente adolescente. JANO 1989;37:839-840.
10. Sigman GS, O'Connor C. Exploration for physicians of the mature minor doctrine. J Pediatr 1991;119:520-525.
11. Pérez-Carceles M D, Osuna E, Luna A. Informed consent of the minor. Implications of present day Spanish law. Journal of Medical Ethics 2002;28:326.
12. King N, Cross A. Children as decision makers: Guidelines for pediatricians. The journal of Pediatrics 1998:10-16.
13. Committee on Bioethics. Informed consent, parenteral permission and assent in pediatric practice. Pediatrics 1995; 95: 314-317.
14. Jan Ellen Berger, MD, MJ, and the Committee on Medical Liability. Consent by proxy for nonurgent pediatric care. Pediatrics 2003:1186-1195.
15. Feldman-Winter L, McAbee G. Legal issues in caring for adolescent patients; Physicians can optimise healthcare delivery to teens. Postgraduate Medicine 2002;111:5.