



PROBLEMAS LEGALES EN PEDIATRÍA

Mariano Casado Blanco

Médico Forense,
profesor de Medicina Legal de la UEX

1.- Introducción:

Hablar de relación entre Medicina y Derecho, es una cuestión compleja pues aparentemente resultan distintas y hasta distantes. Si la analizamos detenidamente, sí que tiene puntos en común y además muchos, ya que en cualquier relación humana, tanto las necesidades como los "derechos" interaccionan y se entrelazan.

La extensión y el siempre complicado mundo sanitario en general y del médico, en particular, exigen de conocimientos no solamente técnicos o científicos sino también del manejo en cuestiones legales y éticas, capaces de dar respuestas a tantas dudas y dilemas que se plantean en la práctica diaria.

De ahí que foros científicos encaminados a la formación médica como éste, sean primordiales para que el médico adquiera, mantenga y mejore competencias profesionales en áreas de conocimiento (saber), de habilidades (hacer), de actitudes (sentir), de valores (propiedades del "ser") y de desempeños, para seguir desarrollando su ejercicio profesional de forma competente¹

En el campo de la pediatría, tres cuestiones son primordiales tenerlas muy presentes, para poder actuar de una forma correcta y ajustados a lo que se denomina "*lex artis*"

Estas tres cuestiones son muy simples y a buen seguro que todos las conocen. En primer lugar es preciso tener en cuenta la propia condición legal del menor, en segundo lugar el propio ejercicio de la pediatría y por último la relación que se establece entre el médico y su paciente. Todo ello da lugar a que la actividad profesional del pediatra esté sujeta a normas éticas y legales que delimitan el marco de desarrollo de las actuaciones de la pediatría.

Además otra cuestión que no se puede olvidar es que la práctica clínica de la pediatría queda incluida muchas veces en una actuación de tipo conjunta o multidisciplinar, incluyendo servicios sociales, escolares y judiciales.

El ejercicio de la pediatría responsable implica,

entre otras, dos exigencias relacionadas; una la ética de proporcionar al paciente un tipo de asistencia acorde con los conocimientos actualizados sobre su proceso patológico, y otra legal de estar cumpliendo con las leyes que regulan esta actividad.

Por ello, el objetivo que se pretende con este artículo es el trasladar a los especialistas en Pediatría, una básica y elemental información legal y ético-deontológica que resulte necesaria y suficiente para que llegado el momento les facilite tomar decisiones ante conflictos legales y ético-deontológicos.

Las diversas obligaciones que se le plantea al pediatra, referidas a la práctica clínica, son:

- 1) atender los problemas de salud para los que se está capacitado, y derivar aquellos en que no se reconoce competente.
- 2) documentar con orden y claridad la historia clínica y resto de documentos clínicos-asistenciales.
- 3) interrelacionarse y analizar con otros médicos pediatras, cuando existan dudas significativas sobre partes del proceso asistencial (normas, prácticas terapéuticas, etc.), quedando documentadas también esas consultas.
- 4) mantener la confidencialidad de todo lo que pueda afectar a la intimidad del menor y de su familia.

2.- Objetivos del Taller:

Sería prolijo en tan limitado espacio plantear todas y cada uno de los "problemas legales" que se pueden y de hecho se plantean en la práctica asistencial pediátrica.

Por ello y tratando de ser claro, concreto y conciso planteo esta exposición fundamentada en aspectos muy generales.

- 1.- Problemas legales con Consentimiento de los menores.
- 2.- Problemas legales con la Documentación Clínica.



3.- Problemas legales con menores psiquiátricos.

Problemas legales con Consentimiento de los menores.

Sin lugar a dudas y de forma general, el consentimiento del paciente es fuente de conflictos, tanto legales como éticos, en numerosas circunstancias se ve ampliada si el paciente es un "menor de edad", y básicamente por las limitaciones, biológicas y legales, que presenta a su capacidad para consentir.

Conocido es que el consentimiento, como derecho, está regulado por numerosas normas, tanto legales como deontológicas; las cuales, en sus contenidos, son muy precisas además de exigentes, pero aún así no consiguen aclarar debidamente los conflictos que en la práctica se plantean ni por supuesto la resolución de los mismos.

Tanto las normas legales actuales como las deontológicas, reconocen para los menores una progresiva madurez, que favorece su autodeterminación y capacidad de autonomía ante una asistencia sanitaria. Sin embargo, las propias normas legales y concretamente el derecho civil, en orden a la protección de los menores, establece para los padres los deberes de guarda y de custodia hasta su mayoría de edad, estando obligados a representarlos y decidir por ellos, siempre en su beneficio.

La práctica pone de manifiesto que numerosas peticiones de responsabilidad profesional están directamente relacionadas con aspectos legales, como la información, el consentimiento o la confidencialidad...; muchas menos veces las reclamaciones se relacionan con la preparación científica de los médicos.

De sobras debe ser conocida la Declaración sobre el "Menor Maduro", que elaboró la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial en el año 2007, haciendo referencia al derecho progresivo de los menores a tomar decisiones sobre sí mismos y que se puede revisar en la propia página de la Organización Médica Colegial.

La doctrina jurídica del "menor maduro", se fundamenta en la conocida como "regla del menor maduro", por la cual, la patria potestad, concebida como poder directo sobre una persona, sigue siendo efectiva, hasta que el menor alcanza la mayoría de edad, pero a medida que éste va madurando, el nivel de control por parte de los

padres se debe ir limitando de forma adecuada. Esto se traduciría en la presencia de un grado de inteligencia y voluntad suficientes para realizar válidamente un acto jurídico concreto o ejercitar un derecho.

Llevado esto a la asistencia médica, significa la capacidad de una persona menor para comprender la situación a la que se enfrenta, y las alternativas posibles de tratamiento, junto a las consecuencias previsibles de cada una de ellas; esto también incluye el saber expresar y defender sus decisiones apoyándose en su escala de valores. Comprobado esto, es cuando el menor puede decidir por sí mismo, pasando a un plano secundario la intervención de los padres, aunque es cierto que en situaciones de gravedad y riesgo importante, la opinión de estos pueda y deba ser tenida en cuenta y hasta seguida.

En Derecho Médico, el concepto del "menor maduro" ha sido ampliamente aceptado, y reforzado por su reconocimiento judicial; la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor ya indica que "... la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia es promover su autonomía como sujetos". Con esta idea, el Convenio Europeo de Bioética redactado en Oviedo y en vigor como legislación española desde el 1 de enero de 2000, respecto al consentimiento del menor en la asistencia sanitaria dice "... la opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez".

Se puede concretar que la expresión "menor maduro" es utilizada para identificar a las personas menores de 18 años (mayoría de edad legal), pero con capacidad intelectual y volitiva suficiente para implicarse en la toma de decisiones referentes a su persona. En general, se acepta que los derechos de personalidad (aspectos afectivos y de 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, para muchos autores, en la mayoría de las personas va ocurriendo paralela a la madurez biológica, y antes de los 18 años.

- Regulación Legal

Repasando el ordenamiento jurídico español se puede comprobar que la primera normativa que recoge la participación del menor como paciente en la asistencia sanitaria deriva de la Ley Orgánica



1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Esta norma, configura una imagen del menor como un sujeto activo y participativo en la vida social, cultural y política. No obstante los padres o el tutor siempre en beneficio del menor lo sustituyen en las decisiones más trascendentes, pero haciéndole progresivamente partícipe en la medida en que comprenda lo que le sucede y las ventajas e inconvenientes de lo que se le ofrece como tratamientos.

Ante la ausencia en el ordenamiento jurídico español de una normativa específica y precisa sobre el consentimiento del menor de edad en la asistencia sanitaria, la doctrina era casi unánime en cuanto a la aceptación del criterio de la capacidad natural, lo que implicaba la posibilidad de que el reconocimiento del ejercicio del derecho a consentir, por parte del paciente, dependiera de que se reuniesen las condiciones físicas y psíquicas (*grado de madurez*), que permitieran aceptar o rechazar un determinado acto médico, aunque siempre contando con la opinión de los padres o tutores. En este sentido, es de destacar el importante papel del médico como garante de unos derechos de los menores, guiado siempre por procurar el mayor beneficio del menor, en contra, a veces de lo manifestado por los padres.

Tras la entrada en vigor, en España, del referido Convenio Europeo de Bioética, sus referencias precisas al consentimiento del menor comenzaron a servir de guía en las conductas médicas habituales.

Así se recoge en el artículo 6.2 que: *“cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez”*.

De esta redacción se deriva que la norma establezca un doble razonamiento: *la edad*, como criterio objetivo y *la madurez* del paciente menor de edad para valorar su opinión, como criterio subjetivo. La doctrina mayoritaria estima que prima la capacidad natural sobre la jurídica, ya que el precepto reconoce, a contrario, la facultad del menor de autorizar la práctica de la intervención de que se trate, otorgando a su opinión una importancia creciente *“en función de la edad y de su madurez”*.

Respecto al segundo criterio (*grado de madurez*), volvió a ser recogido en la normativa reguladora de los derechos de los pacientes, 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. Como criterio determinante, esta ley estatal, cuando se refiere al consentimiento por representación en su artículo 9.3c, dice 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”*.

Trasladado esto a los pediatras, significa que cuando atiendan a un paciente menor de edad que sea capaz de comprender el alcance, finalidad y naturaleza de la intervención sanitaria, hay que considerarlo plenamente facultado para prestar el consentimiento por sí mismo. Será por tanto, al médico a quien corresponde verificar y acreditar si el menor reúne las condiciones de madurez necesarias o si, por el contrario, se debe requerir el consentimiento de sus representantes legales. Es preciso señalar que la madurez exigida (capacidad de comprensión y volitiva) no tiene por qué ser la misma para todo tipo de actos médicos, pues en algunos casos la complejidad del mismo hace necesario, en el paciente, una mayor comprensión y discernimiento.

Pero la cuestión no acaba ahí pues el mismo artículo 9.3c, continúa su redacción, indicando que *“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”*; este precepto vuelve a colocar al médico en una posición de alta responsabilidad legal y deontológica, como es la de valorar la capacidad de comprensión del paciente específico acerca del acto médico que se le va a practicar cuando este implica o conlleva un grave riesgo.

Por tanto se debe entender que tratándose de un *“menor maduro”*, la intervención de los representantes legales en la toma de decisión debería limitarse a los supuestos en los que el propio menor lo autorice. Supuesto bien distinto sería cuando el menor carezca o tenga limitada la capacidad para comprender y entender el alcance de la intervención y sus riesgos; en cuyo caso, sin lugar a dudas, procedería el consentimiento de sus representantes legales.



La Ley 41/2002 sí deja claro que cuando el menor ha cumplido 16 años ya no cabe el consentimiento por representación para lo que sería la asistencia sanitaria que podríamos denominar habitual, reservándose la actuación y participación de los padres en los casos de intervenciones de grave riesgo y otras circunstancias excepcionales (art. 9.3c)

- Regulación Deontológica

El Código de Deontología Médica del año 2011 incluye, en su capítulo III sobre “*relaciones del médico con sus pacientes*”, normas específicas que regulan el estatus del menor de edad.

Artículo 14

1. *El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias.*

2. *La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y grado de madurez; esta valoración supone para el médico una responsabilidad ética.*

3. *En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de 16 años, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento. Entre 16 y 18 años los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta.*

4. *Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial.*

La propia Comisión Central de Deontología indica que los menores viven la enfermedad, experimentan el dolor, el miedo y la angustia a su manera y el médico no puede actuar ignorando esta realidad; la explicación hay que llevarla a su nivel para que comprendan lo que les ocurre, aportándoles respuestas esperanzadoras. El menor se debe sentir acompañado y tener la seguridad de que se le ayudará a superar el problema; no es infrecuente que en la práctica los médicos reciban de los menores enfermos lecciones de fortaleza, ánimo y esperanza.

- Recomendaciones prácticas

Desde la práctica médica se establecen tres supuestos diferentes, para lo cual se fija como criterio divisorio la edad del menor y su correspondiente grado de capacidad.

1. Menores de 12 años.

En general no tienen reconocida capacidad intelectual ni emocional para comprender el alcance del acto médico. Ante esta circunstancia, el consentimiento debe ser siempre prestado por su representante legal.

La Ley 41/2002 indica que será necesario escuchar la opinión del menor de edad, con doce años cumplidos, aunque el consentimiento deba ser prestado por sus representantes legales.

El Convenio de Derechos del niño y la Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor, indican que es preciso oír al menor cuando tiene menos de 12 años y, cuando ya los ha cumplido además de conocer la opinión, hay que tenerla en cuenta. No obstante, la decisión final será adoptada por sus representantes legales, la cual siempre deberá estar en consonancia tanto con el interés del menor como con el respeto a su dignidad personal.

2. Menores entre 12 y 16 años

Este grupo es sin duda alguna el más controvertido. Al ser tan amplio, permite subdividirlo en otros dos, a efectos puramente asistenciales.

Por un lado, cuando la capacidad intelectual y emocional del menor para comprender el alcance del acto médico no está claramente establecida. Esto implica la necesidad de que el consentimiento lo otorgue el representante legal, aunque es preciso haber escuchado la opinión del menor.

Y de otro lado, cuando el menor es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance del acto asistencial, y atendiendo a lo expuesto anteriormente, el menor puede decidir por sí mismo, lo cual plantea algunas cuestiones de índole práctica.

a) ¿Cuándo podemos afirmar que el menor es capaz de comprender intelectual y emocionalmente, el acto médico?

b) ¿Es el médico pediatra o el de otra especialidad responsables del proceso asistencial, quienes deben determinarlo?

Anteriormente se indicaba que las normas legales son precisas y exigentes, sin embargo, las leyes deben ser aplicables a todos y, por tanto, generales, lo que conduce a situaciones prácticas, siempre específicas, concretas, individuales y personales en sus características y circunstancias. Por ello, las leyes sobre asistencia sanitaria, siempre descargan en el médico la responsabilidad cien-



tífica y moral de valorar y determinar la capacidad del menor para decidir.

Buscando la seguridad, algunos médicos defienden la necesidad de realizar protocolos de consenso, que de una forma objetiva evalúen la capacidad de estos pacientes menores.

Son mayoría los que opinan que la determinación de dicha capacidad corresponde a los médicos responsables del proceso asistencial, cuestión igualmente determinada y especificada por el máximo órgano de la deontología española, en su reciente Declaración de 14 de noviembre de 2014, que deben asumir este acto científico y ético-deontológico preparándose para ello y considerando que con ello se convierten en un elemento distinto de las partes (padres e hijos) y privilegiado para actuar como garantes de los menores, frente a las discrepancias entre padres e hijos e, incluso, entre los propios padres.

Aun siguiendo este criterio, la determinación de la capacidad del menor para comprender intelectual y emocionalmente el alcance del acto médico nunca podrá ser rígida, sino que por el contrario variará en función de determinados factores, tales como la edad del menor, su grado de instrucción, su nivel intelectual y las experiencias vividas, la gravedad del acto a realizar, su complejidad, la relación riesgo/beneficio del acto propuesto, e incluso el hecho de que el caso se tratara de una urgencia o una emergencia médica.

Consustancial a la alta responsabilidad moral y social del médico, aparece una situación que éste debe manejar desde los conocimientos legales y ético deontológicos, tomando las decisiones de forma reflexiva y tras haber valorado pros y contras de todas las posibilidades.

Si es el médico quien debe asumir la delicada función de determinar la capacidad del menor también recaerá sobre él la responsabilidad por la decisión que adopte. En el caso de conflicto legal, el médico siempre debe estar en condiciones de explicar y razonar de forma fundada la decisión tomada.

Para evitar conflictos y atendiendo al contenido de la ley, parece recomendable que, cuando el médico considera maduro al menor, puede bastarle su consentimiento para actos médicos de bajo riesgo y habituales. Su actuación debe hacerse más exigente cuando en la patología del menor y el tratamiento requerido se aprecia gravedad o riesgo significativo o importante. Igual sucede ante la solicitud de prestaciones en las que

se pongan en peligro la vida del paciente menor o su integridad o cuando la práctica del acto médico sea imprescindible o de consecuencias irreversibles. En este caso sí es recomendable informar a los padres y contar con su opinión acerca del tratamiento a seguir.

En caso de conflicto, o de desacuerdo entre el menor y sus padres, o de los padres entre sí, el médico puede recurrir a la normativa civil (artículo 163 del Código Civil), poniendo el asunto en conocimiento del juez, al efecto de que intervenga el ministerio fiscal o se nombre un defensor judicial, al menor.

3. Menores entre 16 y 18 años

La Ley 41/2002 señala que en la asistencia sanitaria no cabe el consentimiento por representación en los menores que han cumplido 16 años. Es lo que se puede denominar “*emancipación sanitaria*”, mal llamada por algunos como “*mayoría de edad sanitaria*”.

Cumplidos los 16 años se entiende que el paciente se encuentra legitimado y con capacidad suficiente para entender y comprender el acto médico en su totalidad, tanto en lo referente a la naturaleza, riesgos, consecuencias y finalidad del mismo, por lo que estaría capacitado para dar un consentimiento válido.

En este sentido la Ley exige especial consideración ante situaciones de “*grave riesgo*”, según criterio médico. En estos casos los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta para la posterior toma de decisión.

No obstante el “*grave riesgo*” no tiene por qué invalidar el consentimiento otorgado por el menor, el cual se ha basado en el grado de madurez y en su capacidad para poder comprender y en su caso consentir el acto médico que se le propone.

Hay que recurrir al consentimiento por representación (padres y/o representantes legales) cuando el menor, mayor de 16 años, se encuentre en situación de incapacitado legal (permanente) o bien en situación de presunto incapaz (aunque sea de forma no permanente). Los casos de conflicto pueden necesitar la intervención del juez.

- Situaciones asistenciales que merecen especial consideración

Una vez expuestas las cuestiones generales, se analizan dos situaciones que en la práctica pueden ser fuente de conflictos para los médicos que



prestan asistencia a pacientes menores. Aunque se trate de situaciones específicas, les es aplicable todo lo que el Código Civil señala como derechos y obligaciones de los padres hacia los hijos, concretados en la patria potestad, la guardia y custodia y la tutela.

Así el artículo 154 del Código Civil, establece que la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a su integridad física y psicológica. Esta potestad comprende los siguientes deberes y facultades: Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral, representarlos y administrar sus bienes.

Por su parte, el artículo 156 regula que: *“La patria potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad.*

En caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrá acudir al Juez, quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente juicio y, en todo caso, si fuera mayor de doce años, atribuirá sin ulterior recurso la facultad de decidir al padre o a la madre. Si los desacuerdos fueran reiterados o concurriera cualquier otra causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad, podrá atribuirle total o parcialmente a uno de los padres o distribuir entre ellos sus funciones. Esta medida tendrá vigencia durante el plazo que se fije, que no podrá nunca exceder de dos años.

En los supuestos de los párrafos anteriores, respecto de terceros de buena fe, se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro.

En defecto o por ausencia, incapacidad o imposibilidad de uno de los padres, la patria potestad será ejercida exclusivamente por el otro.

Si los padres viven separados, la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva. Sin embargo, el Juez, a solicitud fundada del otro progenitor, podrá, en interés del hijo, atribuir al solicitante la patria potestad para que la ejerza conjuntamente con el otro progenitor o distribuir entre el padre y la madre las funciones inherentes a su ejercicio”.

Apliquemos estas disposiciones a las siguientes

situaciones:

• **Asistencia médica a hijos menores de matrimonios separados**

Aún en estos casos no se puede olvidar que la norma básica, sobre la que se debe basar toda decisión médica es la que determina que siempre debe prevalecer el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo. Esta es la conclusión que se extrae de las tres leyes principales que rigen este tipo de relaciones, es decir, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos, la 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 y del artículo 156 del Código Civil.

En el ejercicio de la patria potestad con padres separados, y con respecto a los menores, es preciso distinguir entre actos ordinarios de aquellos que son extraordinarios.

Entre los primeros podríamos incluir el llevar a un menor a la consulta del pediatra para un control rutinario o incluso un proceso banal. En estos casos, la decisión será asumida por el progenitor bien con el que convive el menor o con el que acuda a la consulta, no siendo preciso obtener el consentimiento del progenitor ausente para realizar el tratamiento propuesto por el médico, sino que será suficiente con que el progenitor que acompaña al menor preste su consentimiento.

Esta conclusión se extrae del anteriormente transcrito artículo 156 del Código Civil cuando establece que *“serán válidos los actos realizados por uno de los progenitores con patria potestad, aun en ausencia del otro progenitor, cuando dicho acto sea conforme al uso social y a las circunstancias”.*

Por el contrario, para actos extraordinarios, respecto a la salud del menor (intervenciones quirúrgicas o aplicación de tratamientos complejos), es preciso el acuerdo de ambos progenitores.

Si se trata de un caso de urgencia, en el que no es posible esperar a obtener el consentimiento de ambos progenitores, se aplica el principio general, por el que prevalece el interés del menor, aplicando en consecuencia la intervención adecuada a la *lex artis ad hoc*, incluso aunque uno o los dos los progenitores hayan expresado su opinión en contra, dejando constancia en la historia clínica la



necesidad de la actuación médica.

En el caso de que exista una desavenencia entre ambos progenitores respecto a la decisión a tomar, el asunto deberá judicializarse, debiendo acudir a esta vía el progenitor que solicite o considere necesaria o conveniente la intervención médica de que se trate, siendo el juez el que decidirá en aplicación del artículo 156 del Código Civil, ya que cuando los padres de un menor se oponen a un tratamiento, poniendo en peligro su vida o salud, el médico debería comunicarlo al juez competente. Esto mismo sucede cuando se trata de un problema relacionado con la salud mental y se indica un tratamiento psiquiátrico, especificando la ley que el internamiento de un menor, en un centro de salud mental necesita la previa autorización judicial.

Este procedimiento se equipara al que hay que seguir cuando está indicado el internamiento de una persona por razones de salud psíquica y el paciente se opone a dicho internamiento (art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Pero estas situaciones no se limitan exclusivamente a casos en que existan discrepancias entre progenitores a la hora de tomar decisiones respecto a la actuación ante un determinado tratamiento para el menor, sino que también se extiende al derecho a la información sobre el estado de salud del menor.

En estos casos, el médico debe solicitar la verificación, de que el progenitor o progenitores que solicitan la documentación sean titulares de la patria potestad, ya que si legalmente se le ha retirado a alguno este derecho, no podrá acceder a la documentación clínica del hijo menor.

• Asistencia médica a menores emancipados

El Código Civil en su Título XI regula la emancipación, la cual puede llevarse a cabo por diferentes causas.

- Por concesión paterna. Esta situación ocurre cuando los propios progenitores consideran oportuno conceder al hijo menor de edad la situación de emancipado, acto que debe instrumentarse en escritura pública o mediante comparecencia ante el Juez encargado del Registro Civil. (artículo 317). Es requisito inexcusable que el menor tenga dieciséis años cumplidos y que preste su consentimiento a la emancipación.
- Por concesión judicial. Figura que se prevé para

aquellos casos en que los menores, hayan cumplido los dieciséis años, y se dirijan al Juez solicitando la concesión de la emancipación, ya estén sometidos a la patria potestad, ya a tutela.

- Por matrimonio. En virtud del artículo 316, *“el matrimonio produce de derecho la emancipación”*, sin la necesidad de la concurrencia de requisito complementario alguno.
- Por vida independiente. El artículo 319, establece que *“se reputará para todos los efectos como emancipado al hijo mayor de dieciséis años que con el consentimiento de los padres viviere independientemente de éstos. Los padres podrán revocar este consentimiento”*. La nota característica de dicho tipo de emancipación radica en que la situación de independencia de hecho del menor es revocable. La independencia requiere al menos una cierta autonomía económica del menor, sin que resulte determinante el vivir separadamente de la familia a la que pertenece.

En relación a la asistencia de estos pacientes, y siguiendo el criterio señalado por la Ley 41/2002, se establece una equiparación entre los emancipados y los menores que ya han cumplido los 16 años. Únicamente en los casos de matrimonio como causa de emancipación, al poderse contraer con 14 años cumplidos, se podría generar algún tipo de conflicto, que sería fácilmente solucionable, al entenderse que al menor se le ha reconocido una capacidad previa similar a la necesaria para consentir una determinada actuación médica.

Problemas legales con la Documentación Clínica.

Son numerosas las veces en las que los padres de un menor solicitan del pediatra la emisión de un informe médico o de un certificado de salud.

Y aunque ambos documentos tienen la catalogación de documentos médico legales y con la finalidad de informar sobre datos personales de naturaleza sanitaria, no son evidentemente lo mismo ni en cuanto a sus características estructurales ni en cuanto a sus repercusiones éticas y legales.

Por ello y aunque sea de una forma esquemática trataremos de diferenciar ambos documentos.

Certificado: Es un documento médico legal, que exclusivamente se cumplimenta en el impreso oficial editado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, en virtud del Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo, de los Esta-



tutos Generales de la OMC como establecen los artículos 58 y 61.

Es muy utilizado, pero no se trata de un documento clínico, sino que su petición obedece a determinadas exigencias de la Administración entre las que podemos citar: el poder optar a determinados servicios, actividades o beneficios sociales, o bien para la acreditación cualificada referida a datos personales y/o situaciones civiles (comprobación del estado de salud, acreditación de integridad física y/o psíquica, aptitudes para el desarrollo de actividades deportivas, ausencia de enfermedad infecto-contagiosa, estado vacunal, ...). Se trata de un documento de carácter público y con un periodo de vigencia limitado y con un marcado valor probatorio.

Informe: Igualmente es un documento médico legal, pero de estructura y contenido claramente diferenciado con el certificado. Su finalidad no es administrativa sino clínica, sirve para dejar constancia de un estado de salud, incluso anterior al de la fecha de solicitud, y su vigencia no está limitada a un periodo de tiempo.

La emisión de certificados médicos, a menudo ocupa un tiempo muy valioso en el nivel de atención primaria, no solo por su elevada frecuencia sino también por las numerosas dudas que genera respecto a la obligación de emitirlos y sobre cuál ha de ser su contenido, ya que estos documentos pueden adquirir una gran importancia en el apartado médico-legal.

Hay que tener presente que la obtención de certificados médicos es un derecho del paciente, regulado tanto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Asimismo, la 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, regula en su artículo 22 el derecho del paciente a obtener certificados médicos acreditativos de su estado de salud, siendo el acto médico de extensión de un certificado siempre gratuito salvo que se establezca otra cosa en una disposición legal o reglamentaria; en su virtud, solo se podrán cobrar, en el ejercicio privado de la Medicina, las

exploraciones y exámenes complementarios previos que sean precisos para la expedición del certificado, cuando no existan suficientes antecedentes en la historia clínica.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, la Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente, se pronuncia en el mismo sentido que la normativa anterior.

A su vez, el Código de Deontología Médica de 2011 establece en su artículo 20:

20.1: *“Cuando proceda o el paciente lo solicita, es deber del médico proporcionar un informe o un certificado sobre la asistencia prestada o sobre los datos de la historia clínica. Su contenido será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente, a la persona por él autorizada o a su representante legal.”*

20.2 *“No es conveniente que el médico expida un certificado a familiares o personas que estén bajo su dependencia civil.”*

20.3 *“Están éticamente prohibidos los certificados médicos de complacencia”.*

Por tanto, la expedición de certificados médicos es una obligación legal, social y deontológica, y su no expedición a petición del paciente puede ser constitutiva de una infracción disciplinaria, tanto deontológica como administrativa.

Certificado Médico.

El certificado se considera documento público, tiene por finalidad acreditar un estado de salud y se expide a petición del paciente, de su tutor, de su representante legal, o de persona autorizada y debidamente identificada con nombre, apellidos y DNI (por escrito), entregándose únicamente a los mencionados.

Para que sea acorde a las normas de la deontología médica, el certificado que se expida ha de ser auténtico, veraz y con una vigencia limitada:

- Auténtico: en este sentido, debe reunir ciertos requisitos formales debido al carácter de fe pública o valor probatorio que se le suele atribuir; por ello ha de recoger:

- Nombre y número de colegiado,
- Lugar y fecha real en que es redactado el documento,
- Firma auténtica,
- Letra clara y legible,



-Y expedido exclusivamente en el impreso oficial editado por el Consejo General de Colegios de Médicos de España. Cuando la Ley o norma permita utilizar otro tipo de impresos, debe entenderse que dicho documento no se ajustarán a lo que se conoce y establece como Certificado Médico, conllevando para el médico, dilemas éticos y dudas legales en su relación con el paciente.

- Veraz: debe ser un reflejo fiel de la comprobación realizada personalmente por el médico que expide el certificado y de lo recogido en la Historia Clínica del paciente: debe recoger los datos objetivos constatados por el médico en que ha basado el diagnóstico y las circunstancias significativas de tratamiento, evolución, etc.
- Su vigencia está limitada en el tiempo: normalmente no puede superar un mes.

Su contenido debe girar en torno al estado de salud acreditado del paciente. Es preciso considerar que el certificado médico puede ser utilizado por el paciente para presentarlo en cualquier parte; por ello se deben extremar las precauciones en la elaboración del mismo y habrá de tenerse en cuenta lo siguiente:

- En ningún caso se debe expedir un certificado en los supuestos en que la carencia de la competencia específica o la falta de datos o pruebas específicas no le permitan acreditar los hechos a certificar.
- Cuando se incluyan datos referidos por el paciente pero no acreditados personalmente, se debe hacer mención expresa a que esa referencia proviene del paciente.
- Se ha de describir con exactitud y rigor lo acreditado, utilizando expresiones precisas y prudentes.
- Se han de omitir comentarios personales y no se han de recoger valoraciones sobre la situación personal o familiar del paciente.

Dadas sus implicaciones legales, la precaución y la veracidad en la emisión de certificados médicos son necesarias y convenientes.

Resulta punible la expedición de certificados de complacencia o falsos, incurriendo en responsabilidades disciplinarias por infracción de las normas deontológicas y pudiendo llegar a incurrir en responsabilidades penales, dado que la legislación penal califica estas infracciones como delito, tipificando como ilícito penal la emisión de

certificados falsos en los artículos 397 y 398 del Código Penal.

También se puede incurrir en responsabilidad penal por revelación de secreto profesional en los artículos 199 y 417 del mismo Código, si se expide un certificado médico a petición de persona distinta del paciente y sin su autorización.

Los casos que incurran en responsabilidad penal pueden ser castigados con multa, suspensión de empleo, inhabilitación de empleo o cargo público, e incluso prisión. Por tanto, se debe negar la expedición de certificados médicos que, a instancias de los pacientes, hayan de versar sobre circunstancias desconocidas o de imposible comprobación. Además, se debe informar al paciente que la persona que haga uso a sabiendas de un documento falso para perjudicar a otros también incurre en responsabilidad penal.

Por último, no es legal ni deontológico que el médico deba expedir un certificado si tiene falta de datos o carece de pruebas le permitan afirmar los hechos que deben ser certificados. De este modo, no existe obligación de certificar aptitudes para prácticas deportivas o laborales, para realizar viajes u otras actividades que entrañen riesgo o presupongan capacidades no demostradas en el paciente; y no puede ser exigible la realización de exploraciones complementarias con el fin específico de objetivar esos niveles de aptitud. La certificación en estas circunstancias será expedida por los médicos u organismos médicos competentes en cada caso (Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo, Médicos Especialistas en Medicina de la Educación Física y el Deporte, centros médicos privados, ...).

3.- Internamiento de los menores por causas psiquiátricas.

Todos los menores que reciben tratamiento psiquiátrico internados por ese motivo en hospitales o centros especiales de salud mental, requieren el permiso judicial y están sujetos al control del juez de menores.

Los internados por otras causas y que son objeto de interconsulta a psiquiatría no precisan el informe judicial previo, excepto cuando la continuidad de su ingreso pase a depender del criterio psiquiátrico y lo vaya ser por tal causa.

Tipos de internamientos psiquiátricos de menores:



A) Internamiento no voluntario/involuntario: *“El internamiento de menores se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”. “El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial”. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida”. “...el Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento cuando lo crea pertinente... y acordará lo procedente...”. “Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses a no ser que el tribunal... señale un plazo inferior”. “...cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán de alta al enfermo y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente”.*

B) Internamiento voluntario: La legislación española no contempla el internamiento psiquiátrico de un menor por decisión de sus padres o tutores ni por su propia voluntad, salvo en aquellos que se encuentren en situación legal de emancipación; sin que por el momento se haya establecido una normativa o exista jurisprudencia sobre posibles ingresos voluntarios de adolescentes que los psiquiatras infantiles consideran capaces de comprender los motivos clínicos de su internamiento y por lo tanto maduros o competentes para que su consentimiento haga innecesaria la participación de sus padres o tutores, y fundamentalmente el conocimiento y la autorización judicial.

Por lo tanto los internamientos de niños y adolescentes, capaces o no de comprender la necesidad de su ingreso, deben adecuarse a las normas de un internamiento involuntario.

Sólo los menores emancipados pueden ser internados de forma voluntaria, como en los casos de mayoría de edad.

Un procedimiento aconsejable para el internamiento urgente de un menor debería incluir los siguientes elementos:

1.- Información al menor según su grado de discernimiento, y siempre que sea posible a los padres o tutores, de:

a) motivos y objetivos clínicos,

b) beneficios esperados,

c) riesgos personales y clínicos derivados del no internamiento,

d) riesgos inherentes al propio internamiento, e) previsiones de duración del internamiento.

2. Informe al Juzgado de Menores dando cuenta del ingreso por razón de urgencia o recomendando dicho ingreso; pudiendo incluirse en este informe la misma información ya transmitida al menor y/o a sus tutores.

3. En caso de requerirse una ambulancia psiquiátrica para el traslado se deberá proporcionar por escrito, a los sanitarios que se vayan a hacer cargo del menor, la solicitud de traslado al centro sanitario correspondiente, adjuntando copia del escrito remitido al juzgado.

Los internamientos programados, de acuerdo con los psiquiatras que van a hacerse cargo de su tratamiento ingresado, no requieren el informe al juzgado; pues la decisión clínica definitiva corresponde a los psiquiatras del centro de internamiento.

4.- Miscelánea Legal.-

1.- ¿Cuándo se inicia un procedimiento penal frente a un menor de edad?

En el momento en que el Fiscal de Menores tiene conocimiento de la posible comisión de un delito por personas mayores de 14 años y menores de 18, tal y como lo dispone el artículo 1 de la Ley 5/2000.

2.- ¿Qué pasos se siguen si el delito lo comete un menor de 14 años?

En principio el hecho no se enjuiciaría judicialmente. Se adoptarían las medidas necesarias de protección de ese menor y ejercer la correspondiente reclamación por vía civil, encaminada a obtener la indemnización por los perjuicios causados, procedimiento del que se harían responsables a los padres o responsables del menor.

El menor por lo tanto no sería condenado por el delito pero sí deberían responder las personas de las que dependa de los daños ocasionados.

3.- ¿Cuánto tiempo puede estar detenido un menor por la Policía?

La detención de un menor no podrá durar más tiempo del estrictamente necesario para la



realización de las averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos, y, en todo caso, dentro del plazo máximo de 24 horas, el menor deberá ser dejado en libertad o puesto a disposición del Ministerio Fiscal.

El Ministerio Fiscal en un plazo máximo de 48 horas desde la detención por la Policía deberá decidir si le deja en libertad o si pide medidas cautelares al Juez de Menores.

4.- ¿Es necesaria la asistencia de un Abogado en un procedimiento de menores?

Resulta obligatorio que todo menor al que le sea imputada la comisión de un delito o falta esté asistido por un Letrado desde el momento mismo de la detención.

Incluso tiene derecho a entrevistarse con el Abogado antes de prestar declaración ante la Policía, cosa que los mayores de edad no pueden hacer.

5.- ¿Si el denunciante retirase la denuncia contra un menor se archivaría el procedimiento?

No, salvo que se tratase del delito o falta de injurias o calumnias, el resto son delitos públicos y por tanto el Ministerio Fiscal ha de realizar las investigaciones necesarias para el esclarecimiento de los hechos.

6.- ¿Qué penas pueden ser impuestas a los menores de edad?

A los menores de edad no se les imponen penas son medidas de seguridad y se adoptarán en función de la edad, las circunstancias personales, familiares y sociales del menor y su personalidad, buscando siempre las que sean más convenientes para su formación y educación.

Las medidas que pueden ser impuestas son las siguientes:

- a) Internamiento en régimen cerrado. Las personas sometidas a esta medida residirán en el centro y desarrollarán en el mismo las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio.
- b) Internamiento en régimen semiabierto. Las personas sometidas a esta medida residirán en el centro, pero podrán realizar fuera del mismo alguna o algunas de las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio establecidas en el programa individualizado de ejecución de la medida. La realización de actividades fuera del centro quedará condicionada a la evolución de la persona y al cumplimiento de los objetivos

previstos en las mismas, pudiendo el Juez de Menores suspenderlas por tiempo determinado, acordando que todas las actividades se lleven a cabo dentro del centro.

c) Internamiento en régimen abierto. Las personas sometidas a esta medida llevarán a cabo todas las actividades del proyecto educativo en los servicios normalizados del entorno, residiendo en el centro como domicilio habitual, con sujeción al programa y régimen interno del mismo.

d) Internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto. En los centros de esta naturaleza se realizará una atención educativa especializada o tratamiento específico dirigido a personas que padezcan anomalías o alteraciones psíquicas, un estado de dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la conciencia de la realidad. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida prevista en este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabitación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

e) Tratamiento ambulatorio. Las personas sometidas a esta medida habrán de asistir al centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que las atiendan y seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento de la anomalía o alteración psíquica, adicción al consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que padezcan. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida prevista en este artículo. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabitación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias.

f) Asistencia a un centro de día. Las personas sometidas a esta medida residirán en su domicilio habitual y acudirán a un centro, plenamente integrado en la comunidad, a realizar actividades de apoyo, educativas, formativas, laborales o de ocio.

g) Permanencia de fin de semana. Las personas sometidas a esta medida permanecerán en su domicilio o en un centro hasta un máximo de treinta y seis horas entre la tarde o noche del viernes y la noche del domingo, a excepción, en su caso, del tiempo que deban dedicar a las tareas socio-educativas asignadas por el Juez que deban



llevarse a cabo fuera del lugar de permanencia.

h) Libertad vigilada. En esta medida se ha de hacer un seguimiento de la actividad de la persona sometida a la misma y de su asistencia a la escuela, al centro de formación profesional o al lugar de trabajo, según los casos, procurando ayudar a aquélla a superar los factores que determinaron la infracción cometida. Asimismo, esta medida obliga, en su caso, a seguir las pautas socio-educativas que señale la entidad pública o el profesional encargado de su seguimiento, de acuerdo con el programa de intervención elaborado al efecto y aprobado por el Juez de Menores.

La persona sometida a la medida también queda obligada a mantener con dicho profesional las entrevistas establecidas en el programa y a cumplir, en su caso, las reglas de conducta impuestas por el Juez, que podrán ser alguna o algunas de las siguientes:

1ª Obligación de asistir con regularidad al centro docente correspondiente, si el menor está en edad de escolarización obligatoria, y acreditar ante el Juez dicha asistencia regular o justificar en su caso las ausencias, cuantas veces fuere requerido para ello.

2ª Obligación de someterse a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, laboral, de educación sexual, de educación vial u otros similares.

3ª Prohibición de acudir a determinados lugares, establecimientos o espectáculos.

4ª Prohibición de ausentarse del lugar de residencia sin autorización judicial previa.

5ª Obligación de residir en un lugar determinado.

6ª Obligación de comparecer personalmente ante el Juzgado de Menores o profesional que se designe, para informar de las actividades realizadas y justificarlas.

7ª Cualesquiera otras obligaciones que el Juez, de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal, estime convenientes para la reinserción social del sentenciado, siempre que no atenten contra su dignidad como persona. Si alguna de estas obligaciones implicase la imposibilidad del menor de continuar conviviendo con sus padres, tutores o guardadores, el Ministerio Fiscal deberá remitir testimonio de los particulares a la entidad pública de protección del menor, y dicha entidad deberá promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquél, conforme a lo

dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996.

- La prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez. Esta medida impedirá al menor acercarse a ellos, en cualquier lugar donde se encuentren, así como a su domicilio, a su centro docente, a sus lugares de trabajo y a cualquier otro que sea frecuentado por ellos. La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal, impedirá al menor establecer con ellas, por cualquier medio de comunicación o medio informático o telemático, contacto escrito, verbal o visual. Si esta medida implicase la imposibilidad del menor de continuar viviendo con sus padres, tutores o guardadores, el Ministerio Fiscal deberá remitir testimonio de los particulares a la entidad pública de protección del menor, y dicha entidad deberá promover las medidas de protección adecuadas a las circunstancias de aquél, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1996.

- Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo. La persona sometida a esta medida debe convivir, durante el período de tiempo establecido por el Juez, con otra persona, con una familia distinta a la suya o con un grupo educativo, adecuadamente seleccionados para orientar a aquélla en su proceso de socialización.

- Prestaciones en beneficio de la comunidad. La persona sometida a esta medida, que no podrá imponerse sin su consentimiento, ha de realizar las actividades no retribuidas que se le indiquen, de interés social o en beneficio de personas en situación de precariedad.

- Realización de tareas socio-educativas. La persona sometida a esta medida ha de realizar, sin internamiento ni libertad vigilada, actividades específicas de contenido educativo encaminadas a facilitarle el desarrollo de su competencia social.

- Amonestación. Esta medida consiste en la reprensión de la persona llevada a cabo por el Juez de Menores y dirigida a hacerle comprender la gravedad de los hechos cometidos y las consecuencias que los mismos han tenido o podrían haber tenido, instándole a no volver a cometer tales hechos en el futuro.

- Privación del permiso de conducir ciclomotores y vehículos a motor, o del derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas. Esta medida podrá imponerse como accesoria cuando el delito o falta



se hubiere cometido utilizando un ciclomotor o un vehículo a motor, o un arma, respectivamente.

- Inhabilitación absoluta. La medida de inhabilitación absoluta produce la privación definitiva de todos los honores, empleos y cargos públicos sobre el que recayere, aunque sean electivos; así como la incapacidad para obtener los mismos o cualesquiera otros honores, cargos o empleos públicos, y la de ser elegido para cargo público, durante el tiempo de la medida.

7.- ¿Quién decide qué medidas se han de imponer al menor?

Es el Juez el que decide la medida que se ha de imponer al menor o incluso el Ministerio Fiscal, en determinados supuestos.

En ambos casos se tendrá muy en cuenta el Informe elaborado por el Equipo Técnico, en el que profesionales adscritos a la Fiscalía, expresarán la medida que entienden más adecuada para el menor.

En este informe se informará sobre la situación psicológica, educativa y familiar, así como sobre su entorno social, y en general sobre cualquier otra circunstancia relevante

8.- ¿Qué es el Equipo Técnico?

El menor y sus progenitores o responsables al iniciarse el expediente serán citados a una entrevistas con el Equipo Técnico (dependiente de la Fiscalía de Menores).

En estas entrevistas los profesionales del Equipo hablarán con los pares o tutores y con el menor, analizando el entorno en el que se está desarrollando el chaval tanto a nivel familiar, educativo, laboral y social.

En las mismas no puede estar presente el abogado. Son conversaciones de entre una y dos horas en las se preguntará pormenorizadamente sobre todas las actividades del chico, de la familia y del entorno en el que se está desarrollando, valorando si desde el ámbito familiar son adoptadas medidas suficientes para que la evolución sea satisfactoria.

Son importantísimas pues de ellas dependerá la medida que se considere conveniente para el menor e incluso, en determinados supuestos, este Equipo Técnico puede aconsejar no seguir con el Expediente de Reforma.

Puede además el Equipo mediar con la víctima y buscar una solución reparadora.

Es conveniente por tanto que antes de someterse a esta entrevista mantener una reunión con un Abogado especialista que os oriente sobre el concreto contenido de la misma.

9.- ¿Cuando en un hecho delictivo intervienen mayores y menores de edad, quién lo conoce un Juzgado de Mayores o uno de Menores?

Se iniciarán dos procedimientos paralelos uno ante la Fiscalía de Menores que investigará el delito respecto de los menores y otros ante un Juzgado de Instrucción que hará lo mismo respecto de los mayores de edad.

Posiblemente los menores deban comparecer ante el Juez de mayores pero lo harán en calidad de testigos.

10.- ¿La condena impuesta a un menor de edad genera antecedentes penales?

No, en ningún caso una persona tendrá antecedentes penales por los hechos que cometiese siendo menor de edad, cosa distinta será la existencia de antecedentes policiales, es decir, que en los ficheros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado queden sus datos registrados, para suprimirlos se podrá instar la correspondiente cancelación.

Por tanto una medida impuesta siendo menor de edad, aunque no se haya cumplido, en modo alguno impedirá presentarse a pruebas en las que se exija carecer de penales.

11.- ¿Cuánto tiempo tardan en prescribir los hechos delictivos cometidos por los menores de edad?

Los plazos los marca el artículo 15 de la Ley de menores, siendo los siguientes:

1. Los hechos delictivos cometidos por los menores prescriben:

1º Con arreglo a las normas contenidas en el Código Penal, cuando se trate de los hechos delictivos tipificados en los arts. 138, 139, 179, 180 y 571 a 580 del Código Penal o cualquier otro sancionado en el Código Penal o en las leyes penales especiales con pena de prisión igual o superior a quince años.

2º A los cinco años, cuando se trate de un delito grave sancionado en el Código Penal con pena superior a diez años.

3º A los tres años, cuando se trate de cualquier otro delito grave.



4º Al año, cuando se trate de un delito menos grave.

5º A los tres meses, cuando se trate de una falta.

2. Las medidas que tengan una duración superior a los dos años prescribirán a los tres años. Las restantes medidas prescribirán a los dos años, excepto la amonestación, las prestaciones en beneficio de la comunidad y la permanencia de fin de semana, que prescribirán al año.

12.- ¿Pueden se impuestas medidas cautelares a un menor antes de que haya una Sentencia?

Sí, en determinados supuestos el Juez de Menores a petición del Ministerio Fiscal puede acordar, tras la celebración de una audiencia, que el menor quede sometido a una o varias medidas cautelares.

Para ello han de existir indicios racionales de la comisión de un delito por parte del menor y el riesgo de eludir u obstruir la acción de la justicia o de atentar contra los bienes de la víctima.

Las medidas podrán consistir en:

- Internamiento en Centro. (Por un periodo de seis meses prorrogables tres más)
- Libertad Vigilada. (Se puede imponer hasta la fecha de la Sentencia firme)
- Prohibición de Aproximarse o Comunicarse con la víctima o con sus familiares u otras personas que determine el Juez. (Se puede imponer hasta la fecha de Sentencia Firme).

Referencias Bibliográficas:

- 1.- LaCruz Berdejo. Elementos de Derecho Civil. Tomo IV. Familia. Madrid. Dykinson, 2002, p. 15.
- 2.- Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law. Oxford: Oxford University Press, 2003, pp. 116-8, 276-86.
- 3.- Wheeler R. Gillick or Fraser? A plea for consistency over competence in children BMJ 2006, 332:807
- 4.- Aláez Corral B. Minoría de edad y Derechos fundamentales, Madrid. Tecnos, 2003, p. 31.
- 5.- Ley 11/1981, de 13 de mayo, de modificación del Código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio BOE número 119, de 19 de mayo de 1981.
- 6.- Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de adopción BOE número 256, de 26 de octubre de 1983.
- 7.- Ley Orgánica 4/1992, de 5 de junio, sobre reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores. BOE núm. 140, de 11 de junio de 1992.
- 8.- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. BOE número 15, de 17 de enero de 1996.
- 9.- Méjica J, Díez JR. El Estatuto del paciente: a través de la nueva legislación sanitaria actual. Navarra. Editorial Aranzadi, S.L., 2006.
- 10.- Documento de ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999.
- 11.- 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 núm. 274 de 15 de Noviembre de 2002.
- 12.- Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Instrumento de ratificación del 30 de noviembre de 1990. BOE núm. 313 de 31 de Diciembre de 1990.
- 13.- Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica de la Organización Médica Colegial de España (2011).
- 14.- Manual de Ética y Deontología Médica. Organización Médica Colegial de España. Madrid 2012.
- 15.- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999.
- 16.- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 7, de 08 de enero de 2000.
- 17.- Meritillo A. Menor maduro y mayoría de edad en el ámbito sanitario. Comunicación al XX Congreso de Derecho Sanitario. Madrid. Octubre 2013.
- 18.- Rodríguez Almada, H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención, Revista Médica Uruguay 2001; 17:17-23.
- 19.- Casado Blanco M., Hurtado Sendín P, Castellano Arroyo M. "Dilemas legales y éticos en torno a la asistencia médica a los menores". Revista Pediatría Atención Primaria (PAP) en prensa. [fecha prevista de publicación nº 65 (Marzo 2015)].