

Mª Nieves Martín Espíldora [Buscar autor en Medline]



Cuestiones éticas en la atención al menor

[Ver resumen y puntos clave](#)[Ver texto completo](#)[Volver al sumario](#)

Texto completo

Las cuestiones relacionadas con la toma de decisiones en los pacientes que no son totalmente capaces se encuentran entre las que plantean más problemas éticos en la práctica de la Medicina. Si se dejan a un lado los grandes dilemas relacionados con aspectos técnicos, trasplantes y esfuerzo terapéutico en UCIs neonatales, todos ellos del ámbito hospitalario, en la práctica diaria del médico de atención primaria podrían encuadrarse en alguna de las siguientes categorías:

1. Discrepancias o conflictos de valores entre los padres y los profesionales sanitarios.
2. Detección de conducta inadecuada o perjudicial de los padres, incluyendo maltrato, abuso y negligencia.
3. Problemas relativos a la información y el consentimiento en la asistencia de los menores que acuden solos a la consulta.
4. Problemas derivados de la determinación de la madurez en los menores, especialmente en la atención de casos relacionados con la sexualidad y el embarazo.

Dentro de estas categorías se encuadra el desarrollo de las siguientes consultas.

En los últimos años van apareciendo paulatinamente grupos o asociaciones que se declaran contrarios a la administración de inmunizaciones, impidiendo que les sea aplicado el calendario vacunal a sus hijos de forma total o parcial. ¿Qué pueden hacer en estos casos los pediatras y otros profesionales que atienden a estos niños? ¿Podrían plantearse romper su relación clínica con los padres?

Últimamente se ha generalizado en distintos países la tendencia a que el calendario vacunal haya pasado de ser obligatorio a ser recomendado por las autoridades sanitarias, lo que ha dado lugar a situaciones como la descrita. Ciertamente produce frustración en el pediatra que unos padres se nieguen a proporcionar a su hijo una actuación con riesgos mínimos y elevados beneficios, como se ha constatado en los últimos años. El motivo por el que los profesionales sanitarios insisten en llevar a cabo las inmunizaciones es que tanto para conseguir el beneficio individual como el de la comunidad es necesario alcanzar un alto nivel de cobertura vacunal, lo que podría verse afectado si aumenta el número de niños que no se vacunan por diversos motivos médicos (contraindicaciones) o familiares (ignorancia, desidia, convicciones).

¿Por qué se plantea en este caso un problema ético además del problema sanitario?

Se pueden exponer las siguientes razones:

1. La vacunación es una actividad preventiva que se realiza de forma individual (aunque existan campañas y calendarios vacunales hay que aplicarla en cada sujeto), pero tiene una gran repercusión en la salud comunitaria.
2. Supone una agresión, aunque sea mínima, sobre individuos sanos.
3. Los sujetos son, en su mayoría, niños pequeños; por tanto, no han desarrollado su autonomía y dependen de sus padres.
4. Aunque teóricamente es de carácter voluntario, en la práctica se exige su cumplimiento para escolarizar a los niños.

Los puntos anteriores ayudan a acotar el problema planteado, pero no lo resuelven. Para ello hay que tomar en consideración varios **derechos relevantes** que pueden entrar en colisión:

- El derecho de los niños a recibir atención sanitaria, destacando la especial importancia que tiene la prevención en Pediatría.
- El derecho de los padres a criar a sus hijos de acuerdo a sus propias normas, que no es absoluto; está íntimamente relacionado con el deber de cuidarlos, pudiendo ceder aquél al fracasar en éste.
- El derecho de los profesionales a vacunar a los niños, que proviene del deber de cuidar de sus pacientes con autonomía nula o parcial, lo que les otorga ciertos

bibliografía

1. Villanueva Cañas E, Castellano Aroyo M. Derecho sanitario al uso del pediatra. El consentimiento informado en Pediatría. Madrid: Ergon SA, 2001.
2. En este sentido puede resultar útil la siguiente página web:
www.nutrispeak.com/foodguides.htm
3. Este tema, que no se comenta aquí, se trata en el artículo: Martín Espíldora N. Atención de menores inmigrantes en la consulta: entre la diferencia cultural y el delito. Un caso de ablación de clítoris. Aten Primaria 2005; 36(7): 397-400.
4. Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

5. En la misma línea, la similitud de actuación llevó a Etienne-Emile Baulieu, descubridor del efecto antiprogestágeno de la mifepristona (RU 486), a extrañarse de que se pusieran tantos reparos éticos y legales a su hallazgo, afirmando en su discurso al recibir el premio Lasker: "De hecho, la interrupción posterior a la fecundación, que tendría que ser considerada como abortiva, es algo que está a la orden del día [...]. Por esa razón hemos propuesto el término *contragestión*, una contracción de contra-gestación, para incluir en él la mayor parte de los métodos de control de la fertilidad". Este autor agrupa bajo el término *contragestivos* -junto a la RU 486- los métodos con un mecanismo de acción fundamentalmente antiimplantatorio, como son los dispositivos intrauterinos, la contracepción post-coital y la contracepción hormonal a base de gestágenos. Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



derechos a velar por su salud además de ejercerlos los padres.

- El derecho de los individuos de una comunidad a ser protegidos de las enfermedades infecciosas previsibles, que no supone un argumento a favor de la vacunación obligatoria, ya que en la mayoría de los casos la protección puede alcanzarse mediante la inmunización de cada individuo.

El recurso a los principios de la bioética (ya clásicos, propuestos por Beauchamp y Childress) resulta complicado en este caso. Al tratarse de una actividad preventiva debe primar el **principio de beneficencia** (representado por el enunciado C), ya que se trata de una acción que no se dirige a combatir un daño o enfermedad, sino a evitarlo. Este principio debe aplicarse de modo relativo al de **respeto a la autonomía** del paciente, en este caso representada por sus padres, que no lo consienten. En principio los padres son capaces y legalmente competentes para dar o rechazar su consentimiento. En la mayoría de los casos no contaremos con suficientes elementos de juicio como para afirmar que no son personas capaces, si bien su decisión puede deberse a una idea preconcebida sobre las vacunas, no ajustada a la realidad, que los lleva a recalcar sus inconvenientes minimizando sus beneficios.

Por otra parte al prevenir enfermedades potencialmente graves mediante una acción sencilla, su omisión podría violar el **principio de no-maleficencia**, de rango superior a los dos anteriores.

También se sitúa a favor de la vacunación la aplicación del **principio de justicia**, al estar en juego la salud comunitaria. Desde el punto de vista de la colectividad la vacunación individual de un gran número de pacientes mejora la protección de grupo, si bien el rechazo de la vacuna no atenta directamente contra este principio.

De este modo parece razonable que si hay riesgo elevado de una infección severa y está disponible una vacuna segura, este derecho superaría al de elección de sus padres. Sin embargo no es ésta la situación que se da hoy en día, puesto que han disminuido notablemente las enfermedades infecciosas previsibles (precisamente por el programa de vacunación), y el nivel de inmunidad en la población es elevado en general. Por lo tanto en el momento presente no es justificable la vacunación obligatoria de los niños en contra de la opinión de sus padres, ya que con el sistema actual de vacunación recomendada se obtienen tasas elevadas de inmunización, disminuyendo el riesgo de contagio para las personas no vacunadas y para aquellas en las que la vacuna no ha sido eficaz. Ahora bien, esta situación puede variar, como en los siguientes supuestos:

1. Si estos niveles decayeran para una enfermedad determinada que constituyera un riesgo (por ejemplo, si se generaliza la postura de oposición a la vacunación en una comunidad), entonces la obligatoriedad de la inmunización podría ser una opción éticamente justificable, pudiendo recurrir a la autoridad competente para su realización.
2. También a nivel individual el riesgo próximo de contraer alguna enfermedad muy grave, como la rabia, puede conducir a la vacunación aun en contra de los deseos paternos. En estos casos no varía una simple circunstancia, sino la situación en sí misma, lo que pone en juego los principios de justicia (primer supuesto) y no-maleficencia (segundo), que sobrepasan el respeto a la autonomía del paciente subrogada en sus padres.

La legislación apoya esta argumentación, a pesar de que siguen vigentes la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 (reducida a reglamento desde 1986) y el Decreto de julio de 1945, que dice en su capítulo "Vacunaciones preventivas": "Cuando las circunstancias lo aconsejaren, y con ocasión de estado endémico o epidémico o peligro del mismo, los Jefes Provinciales de Sanidad podrán imponer la obligatoriedad de determinadas vacunas sancionadas por la ciencia". En el mismo sentido la L.O. de 14 de abril de 1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, publicada junto con la Ley General de Sanidad, sin nombrar explícitamente las inmunizaciones dice que la autoridad sanitaria "podrá adoptar las medidas oportunas (...) que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible".

¿Qué se puede hacer en este caso?

Según lo dicho hasta aquí y, en respuesta a las preguntas formuladas, no parece justificado negarse a continuar la atención de esa familia o dar parte a algún estamento superior.

Una cuestión de gran interés (con carácter general) es procurar que los padres participen en la toma de decisiones sobre la salud de sus hijos, facilitándoles una información correcta que debe estar abierta a posteriores consultas. En este caso la situación es más complicada, puesto que si los padres forman parte de alguna asociación de carácter cerrado, pueden ser "impermeables" a la información mejor suministrada. No obstante se podría recomendar tratar de convencer sin imponer, estando dispuestos a comentarlo en visitas sucesivas (por parte del pediatra y la enfermera); volver a preguntarles los motivos por los que no quieren vacunar a su hijo, por si podemos aclarar alguna cuestión dudosa; intentar negociar, al menos, la administración de alguna vacuna como la del tétanos, que quizás por su composición puedan admitir. Estos intentos suelen dar resultado cuando los motivos son diferentes al caso actual (ignorancia, temor infundado), pero es poco probable cuando se debe a una convicción (a no ser que el grado de firmeza no sea igual en ambos padres). Si no se llega a ningún acuerdo, es recomendable dejar constancia escrita en la historia clínica de la negativa a vacunar tras varios intentos de los profesionales. Algunos expertos recomiendan recoger la firma de los padres¹ para respaldar la negativa, pero no parece necesario dada la validez que tiene la historia clínica como documento legal; únicamente puede tener interés la firma para hacer más presión cuando la cerrazón es

absoluta, pero no demasiado pronto, pues se enrarecerían las relaciones médico, paciente y familia con el consiguiente perjuicio para el niño (**tabla 1**).

Una familia extranjera acude a la consulta de Pediatría con uno de sus hijos de 6 años, que presenta retraso ponderoestatural y algunos signos de hipovitaminosis. Todos son vegetarianos estrictos y la madre, que practica medicina "naturista", se opone incluso a los suplementos vitamínicos y sólo acude de forma periódica para solicitar análisis. ¿Cuál sería la forma éticamente correcta de tratar este caso, teniendo en cuenta el bien del menor?

Los conflictos de valores entre médico y paciente se dan con relativa frecuencia en la consulta, pero su abordaje es más complejo cuando repercuten en la atención de un menor. En este caso se plantean varios problemas que podrían resumirse del siguiente modo:

1. Problema clínico de malnutrición en un niño, probablemente debido a alimentación incorrecta, por prácticas de los padres que entran en conflicto con la buena práctica clínica, y que pueden implicar cierto descuido o abandono por su parte.
2. Posible deber ético y legal de denunciar la situación por parte del médico, puesto que al ser un paciente menor de edad, el profesional puede considerarse corresponsable en lo que atañe a su salud.

Antes de plantear la segunda parte del problema conviene agotar los intentos de solucionar la primera (el problema clínico). Por lo expuesto en el caso se puede presuponer que los padres son vegetarianos estrictos, tipo *vegan*, que no admiten el consumo de ningún producto de origen animal (puesto que si fueran ovo-lacto-vegetarianos no tiene por qué haber ningún problema de malnutrición, aunque pueda existir déficit de hierro, etc.). Aún en estos casos se admite por parte de sociedades internacionales de dietética que es posible realizar una nutrición correcta, si bien es difícil de conseguir y necesita cálculos minuciosos de las proteínas vegetales que se aportan y la administración de suplementos dietéticos adecuados. Da la impresión de que este niño no recibe suficientes aportes proteicos y puede ocurrir lo mismo en cuanto a los complementarios, especialmente vitaminas liposolubles y calcio.

Es de gran interés que los padres participen en la toma de decisiones sobre la salud de sus hijos facilitándoles una información correcta, ya que generalmente quieren lo mejor para ellos. Por eso, para el abordaje de este caso (y de otros similares), es conveniente tratar de ponerse en el lugar de los padres: no es preciso discutir las razones por las que son vegetarianos estrictos, pero sí demostrarles que esa convicción se acompaña de mayores exigencias en la alimentación de los niños, para conseguir un desarrollo adecuado a su edad. Puede ser útil mostrar alguna bibliografía que apoye esta idea sin ser crítica con el vegetarianismo², pues es más fácil que lo admitan de ese modo. Esta actitud no tiene por qué entrar en conflicto con el sistema de valores de los padres y, si lo siguen rechazando, puede deberse a ignorancia o falta de comprensión, siendo quizás aconsejable un intérprete. Un dato interesante es que la madre solicite analíticas periódicas y se podría insistir en el motivo, pues parece que le preocupa la posibilidad de que el niño tenga malnutrición.

En casos de este tipo la situación es complicada, porque si los padres tienen unas convicciones firmemente establecidas es muy difícil hacerles variar de opinión. No obstante se podría recomendar tratar de convencer sin imponer, estando dispuestos a comentarlo en visitas sucesivas (por parte del pediatra y la enfermera); volver a preguntarles los motivos por los que no quieren cambiar su actitud, por si podemos aclarar alguna cuestión dudosa; intentar negociar, al menos, la administración de algún suplemento vitamínico, que quizás por su composición puedan admitir. Estos intentos suelen dar resultado cuando los motivos de la negación son diferentes (ignorancia), pero es más difícil en estos casos, a no ser que el grado de convicción no sea igual en ambos padres. Si no se llega a ningún acuerdo, es recomendable dejar constancia escrita en la historia clínica de la negativa de los padres a variar la alimentación de su hijo.

Si lo expuesto anteriormente no da resultado, se plantea el siguiente paso: dar parte de la situación a alguna instancia oficial relacionada con la protección de los derechos del menor o, directamente, al juzgado. Legalmente no es una situación clara ya que, según la ley, si se es testigo de un delito hay que ponerlo en conocimiento de la autoridad competente. Esta obligación es mayor en ciertas profesiones como la Medicina y, en lo referente a la víctima, se agrava en el caso de menores y otras personas con capacidad disminuida (Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículos 259 y 262). Pero, ¿puede considerarse este caso como un delito? Incurren en un delito de abandono de menores las personas que, encargadas de la guarda de un menor, se desentienden de sus cuidados. La gravedad es mayor si con el abandono se pone en peligro la vida, salud (caso actual), integridad física o libertad sexual del menor de edad. El modo de proceder sería distinto si se tratase de otras cuestiones con las que se incurre claramente en delito, como el tema de la ablación de clítoris³. En el caso expuesto es discutible que los padres desatiendan a su hijo; más bien lo cuidan de forma equivocada, aunque un error importante y mantenido implica la desatención del niño por no suministrarle lo necesario para su desarrollo.

La experiencia profesional indica que en lo referente al bien del menor –siempre que no haya un riesgo grave próximo–, se consigue más trabajando con la familia desde el equipo de salud que con la intervención de las instituciones oficiales. Ahora bien, además de un mínimo de receptividad por parte de los padres, debe existir cierta continuidad para mantener el contacto, pues si cambian con frecuencia de domicilio no se podrá seguir la evolución del niño. Si no se da esta circunstancia o fallan los intentos repetidos de modificar la actitud de los padres, se puede denunciar la situación al Servicio de Protección

de menores o al Juzgado. Puede ser interesante hablar primero con alguno de sus profesionales, pues existe la posibilidad de que un trabajador social de estos servicios se ponga en contacto con la familia antes de hacer una denuncia oficial y, en todo caso, ya quedan alertados.

En algunos centros de salud se ha llegado a plantear como norma que cuando acuda un menor de edad a la consulta, lo haga acompañado de alguno de sus padres. Esto se aplica sea cual sea el problema por el que consulte. ¿Es éticamente adecuada esta postura?

Las cuestiones relacionadas con la toma de decisiones en los pacientes que no son totalmente competentes se encuentran entre las que plantean más problemas éticos en la práctica de la Medicina. La valoración de la capacidad o madurez en el paciente menor de edad es un tema de difícil abordaje para los profesionales sanitarios que atienden niños y adolescentes.

Sería interesante conocer si la decisión tomada en esos centros de salud se ha planteado por algún conflicto previo o si es simple "precaución". Lo cierto es que, de entrada, no parece tener justificación ética ni tampoco legal; con esta postura se plantean problemas relativos a responsabilidad profesional, consentimiento informado y confidencialidad. Sin conocer los motivos que realmente se alegan, se podrían aducir los siguientes para llegar a plantearse si es ético prestar atención a un menor que acude sin sus padres a una consulta médica:

1. Motivos de carácter médico, además de ético, como la gravedad y la clase de problema por el que acude, tipo de pruebas diagnósticas o de tratamiento recomendados.
2. Motivos éticos y legales, como la madurez del menor solicitante.

En cuanto al primer punto, llama la atención que la cuestión se plantee diciendo "sin alguno de sus padres", en vez de "solo", o "sin sus familiares", o "sin acompañante". Parece que el problema se ha generado en todo el centro de salud y no sólo en las consultas de Pediatría. En éstas, los pediatras además de ver a los niños cuando vienen con sus padres, los atienden en numerosas ocasiones cuando llegan acompañados de sus abuelos, hermanos mayores, cuidadores habituales u ocasionales, e incluso conserjes o profesores del colegio o guardería cuando les ocurre algo urgente en horario escolar. Para la gran mayoría de visitas es suficiente este tipo de compañía, ya que existe una delegación explícita de funciones por parte de sus padres. No obstante en algunos casos hay que aplicar un procedimiento diagnóstico o terapéutico para el que nos parece que deberían ser informados los padres, especialmente si sólo han delegado implícitamente en los acompañantes, como en el caso de asistencia urgente con cuidadores domésticos o escolares. Por ejemplo, cuando es preciso realizar una radiografía, hay que aplicar inyectables o puntos de sutura sin extrema urgencia, o enviar a un niño al hospital, requerimos que lo comuniquen a los padres, algo que generalmente ya han hecho (o intentado) los acompañantes, pues lógicamente no quieren asumir más responsabilidad que la imprescindible.

Respecto a la **madurez del menor** que acude a la consulta, hay que diferenciar entre niños y adolescentes. No es habitual que vengan niños solos a la consulta y, de no precisar asistencia urgente, no sería lógico atenderlos sin ponerse en contacto con sus padres o responsables, puesto que ese tipo de visita indicaría desconocimiento o negligencia por parte de éstos, y urge aclarar cualquiera de los dos supuestos. Por tanto, sería importante aclarar por qué un menor de 12 años acude sin estar acompañado de un adulto, aunque esto no implica que no se le atienda en ese momento si lo necesita.

En cambio nos encontramos frente a un problema completamente distinto en el caso de los adolescentes. No hay un modo preciso de determinar la madurez de un adolescente (es un tema muy debatido), si bien se tiende a considerarles capaces de expresar su consentimiento desde los 12 años y deben ser tenidos en cuenta para tomar decisiones que les afecten de forma importante. Además, en el ámbito de la atención primaria es importante el grado de conocimiento del adolescente y de su entorno familiar, ya que el problema ético relativo a la madurez del menor iría ligado al problema de confidencialidad que surge al plantearse que intervengan los padres o tutores. En los párrafos siguientes se comentan algunos aspectos ético-legales y médicos en relación con este tema. Distintos estudios sobre el desarrollo de la capacidad psicológica y moral consideran que a partir de los 12 años el menor la ha desarrollado de modo suficiente como para solicitarle su consentimiento en las decisiones que afecten a su salud. De hecho, un antecedente normativo del marco jurídico del menor aparece en la Ley 1/1996 Orgánica de Protección Jurídica del Menor, que en su artículo 2 establece que la "mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia es promover su autonomía como sujetos". En términos similares se pronuncia el Convenio de Oviedo de 1997, vigente en España desde 2000: "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". Con idénticas palabras recoge en su artículo 10.10 el Código de Ética y Deontología Médica este aspecto de las relaciones del médico con sus pacientes, sin aportar otros elementos de juicio en los demás artículos.

Esta misma línea, la legislación reciente⁴ -que establece los 16 años como la mayoría de edad con carácter sanitario (hasta ahora sólo lo era si a esta edad los menores vivían emancipados)-, introduce en el mismo artículo (9.3c) la apreciación sobre la capacidad intelectual y emocional del menor para comprender el alcance de un acto médico (aunque sea de carácter preventivo) como criterio importante para solicitar el consentimiento por representación. Dicha valoración debe ser realizada por el médico responsable de la

atención del paciente. Por otra parte, la Ley reafirma la necesidad de informar y oír al menor, sobre todo a partir de los 12 años cumplidos, tanto más cuanto más maduro se muestre. Pero la misma Ley no resuelve cómo responder al conflicto entre el asentimiento de un niño/a de 12 a 16 años con suficiente capacidad para la intervención concreta que se plantea, y la negación del consentimiento por parte de sus padres o tutores legales.

Respecto al tipo del problema por el que acude, no parece existir ningún inconveniente en diagnosticar y tratar la mayoría de procesos que pueden acudir a consulta, ya que el paciente es el propio menor. En algunos casos es conveniente decir al adolescente que acuda con sus padres en la próxima visita (y localizarlos si no lo hace así), cuando hay indicios de que se puede tratar de un problema grave de salud. En pocas ocasiones hay que llamar desde la consulta a los padres para que vengan a informarse y hacerse cargo de su hijo en ese momento; por ejemplo, cuando acuden solos con afectación del estado general por fiebre o vómitos. Probablemente los casos que plantean más problemas son los relativos a hábitos de vida, como el consumo de drogas o alcohol, las enfermedades de transmisión sexual o la anticoncepción, que influyen directamente sobre la salud. Pero, desde el punto de vista ético y médico, es precisamente en relación con estos temas cuando es más interesante atender al adolescente que acude solo a la consulta. En el transcurso de una visita realizada por otro problema, el profesional sanitario –que se interesa por la salud integral de su paciente de modo práctico y no solo teórico- debe crear un clima de confianza que le permita desarrollar actividades de educación para la salud, citándole para otro momento si es posible, pero sin desaprovechar el momento presente (**Tabla 2**).

Hay médicos de atención primaria que no presentan objeciones a la prescripción de métodos anticonceptivos a menores de edad, pero se plantean si es ético prescribir la píldora del día siguiente a adolescentes sin estar presentes sus familiares o responsables legales.

¿Qué motivos pueden llevar a plantearse si es ético realizar una prescripción en un adolescente que acude sin sus familiares a una consulta médica? Recordamos lo comentado en la pregunta anterior:

1. En primer lugar, el **tipo y gravedad del problema** por el que acude (motivos médicos y éticos).
2. En segundo lugar, la **madurez del menor solicitante** (motivos éticos y legales).

En principio ningún profesional suele tener reparos éticos a indicar, por ejemplo, tratamiento antibiótico para una amigdalitis en un menor de edad, independientemente de la madurez que aparente. En cambio cuando es un proceso más serio –especialmente en la adolescencia temprana-, se prefiere que venga acompañado por sus padres o responsables para garantizar un seguimiento correcto.

La prescripción de la píldora del día siguiente, ¿implica un problema serio? Desde luego, no es un problema banal; pero ¿por qué? El problema consultado se plantea frecuentemente en cursos de bioética, en una forma similar a la que se expone aquí. Hay profesionales que no tienen inconveniente en prescribir anticonceptivos a adolescentes, pero les cuesta hacer lo mismo con la píldora postcoital y, si lo hacen, lo consideran "un mal menor". La razón habría que buscarla en el mecanismo de acción de este medicamento que es, fundamentalmente, antiimplantatorio; aunque pueda actuar por otros mecanismos, dada la rapidez de unión de los gametos, si ya se ha producido fecundación el levonorgestrel impide la anidación del embrión en fase de morula. El argumento de que esto no ocurre en los casos en que no hay fecundación no es sostenible, pues la píldora no se administra para este supuesto, sino por si llega a ocurrir⁵. Por tanto, la consideración ética de prescribir un abortivo (en una fase precoz) será diferente a la de otras prescripciones, aunque se quiera disculpar diciendo que se da –precisamente– para evitar un aborto más adelante. Esta opinión no se apoya en datos científicos ya que, más bien se tiene la evidencia contraria. En efecto, en un estudio publicado hace unos años en el *British Medical Journal* sobre uso de contraceptivos previos en adolescentes embarazadas, se llega a la conclusión de que las adolescentes cuyo embarazo terminó en aborto habían recibido contracepción de emergencia en un porcentaje significativamente mayor que las que llegaron a término⁶. Hasta ahora no se conoce el significado de este hecho, aunque puede estar en relación con un aumento de la problemática sociofamiliar; por tanto, no parece que facilitar la contragestación sea el modo idóneo para abordar las conductas de riesgo en estas adolescentes.

Otra forma de pasar por alto este mecanismo de acción es suavizar el lenguaje. Algunos médicos y biólogos hablan de "preembrión", término acuñado para justificar la manipulación del embrión en los 15 primeros días, con un criterio más utilitarista que científico. El uso de este término o el intento de redefinir el embarazo a partir del momento de la implantación en lugar de la fecundación, podría explicarse por el interés de crear un vacío ético y legal durante el periodo inicial, puesto que no se ha realizado ninguna aportación decisiva a la Embriología en este sentido.

El problema ético relativo a la madurez del menor (comentado en la pregunta anterior), más difícil de determinar en algunos de los ámbitos en que suele realizarse esta prescripción (servicios de Urgencias o centros de planificación), iría ligado al problema de confidencialidad que surge al plantearse que intervengan los padres o tutores⁷. No hay un modo preciso de determinar la madurez de un adolescente (es un tema muy debatido), si bien a partir de los 12 años cumplidos se les considera legalmente capacitados para mantener relaciones sexuales y deben ser tenidos en cuenta para tomar decisiones que les afecten de forma importante⁸.

Esto no soluciona el problema que nos ocupa, donde sigue siendo válido el conocimiento personal. Teóricamente es notable la diferencia entre el conocimiento de la paciente por parte de su médico de cabecera y el de otro que la ve por primera vez, pero en la práctica puede ser similar. Aunque el médico de Urgencias derive a la paciente a su médico (ya que el plazo de administración de la píldora es de 72 h), éste puede conocer poco a una adolescente que pasó de Pediatría hace pocos años y a la que ha visto en escasas ocasiones. Por otra parte la situación de angustia con que llegan estas pacientes (o de atolonamiento en el caso de las más jóvenes) dificulta evaluar su nivel de madurez. En los centros de planificación se insiste en que la prescripción vaya acompañada de información sobre métodos anticonceptivos y en que debe ser un recurso excepcional. Sin embargo la experiencia indica que las parejas jóvenes acuden porque "se les ha roto el preservativo" (luego, en teoría, ya lo utilizan) y además lo hacen de forma "reincidente", cambiando el Servicio al que asisten si es preciso. Este dato ha sido constatado por profesionales de diversas Autonomías pero, hasta ahora no se plantean qué falla en la educación sexual de estos jóvenes. Llama la atención que en muchas ocasiones no se haga registro de esta prescripción, aún en el caso de profesionales cuidadosos en sus anotaciones; este hecho no resiste un análisis ético ni legal, pues la historia clínica es un instrumento valioso e imprescindible para el seguimiento de cada paciente.

Este aspecto enlaza con el problema que plantea la obtención del **consentimiento informado** en estos casos. A menudo se omite esta práctica - necesaria según la legislación vigente-, probablemente por las mismas dudas (éticas y legales) con las que se realiza. El proceso de consentimiento informado -verbal y/o escrito- debe incluir información relevante sobre el acto médico a realizar. Por lo tanto, habría que informar del tipo de fármaco suministrado, su mecanismo de acción, forma de administración, posibles efectos secundarios, contraindicaciones, y consejo para no repetirlo de forma habitual. También es aconsejable hacer constar por escrito que se considera suficientemente madura a la paciente menor que acude sola. Otro acto omitido en muchas ocasiones es la realización de la prueba de embarazo previa a la prescripción, a pesar de estar contraindicada su administración en ese caso.

En cuanto a la posibilidad del *consentimiento informado por representación*, la misma Ley 41/2002 introduce la cuestión de manera específica al referirse al menor de edad que no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, establece la ley, "el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente".

Además de la laguna legal que se deja a criterio del profesional responsable entre los 12 y 16 años, parece lógico que un médico se plantee dudas sobre la administración de la píldora del día siguiente a una adolescente, no sólo por ser menor de edad (puesto que en el caso que se ha planteado no hay objeción a prescribir anticonceptivos), sino por lo sustantivo de esta prescripción.

