

Promoviendo la confidencialidad con el menor en atención primaria: el arte del funambulismo

Rosario Pérez García

CAR Salou. Institut Català de la Salut. Salou. Tarragona. España.
Correo electrónico: rperez.tarte.ics@gencat.cat

Cuestiones polémicas

- La confidencialidad es el pilar básico sobre el que se asienta la medicina del adolescente.
- Entre los 12 y los 16 años (menor maduro) es importante valorar la capacidad y el grado de madurez del menor a fin de definir su grado de implicación en la toma de decisiones.
- La capacidad es un proceso gradual que abarca el desarrollo psicológico y cognitivo de la persona, y debe valorarse en función de la trascendencia de la decisión que se va a tomar y del alcance y magnitud de sus posibles consecuencias.
- El médico responsable del menor será quien determine su madurez y capacidad, y lo debe justificar en la historia clínica.
- La valoración de la capacidad suele basarse en la experiencia clínica, la prudencia y el sentido común.
- Es importante dar a conocer a la sociedad lo que significa la mayoría de edad sanitaria, el derecho a la información sanitaria, el respeto a la autonomía del paciente, los derechos del menor, el derecho a la confidencialidad de la historia clínica, el derecho a la intimidad, el secreto profesional y sus límites.
- Al menor maduro se le reconoce el derecho a la intimidad, lo que implica confidencialidad de sus datos clínicos, siempre valorando los riesgos y beneficios, y salvo grave riesgo para él.
- Vulnerar la confidencialidad del menor maduro por parte del médico debe justificarse ética y legalmente, y por escrito en su historia clínica; no es válido aplicar un criterio meramente paternalista.

Palabras clave: Menor • Confidencialidad • Historia clínica.

"Funambulismo: habilidad para desenvolverse ventajosamente entre diversas tendencias u opiniones opuestas".

Diccionario de la Lengua Española

Introducción

La confidencialidad de la entrevista clínica con el menor en atención primaria es un tema de gran complejidad y múltiples facetas, donde están implicados los aspectos legales, deontológicos, éticos y jurídicos que van a incidir en la relación entre el menor y el médico de familia. Es necesario abordar el tema de la confidencialidad y el menor desde una perspectiva lo más amplia posible, para de este modo, facili-

tar una relación donde se respeten los aspectos legales y a la vez se mantengan los principios de secreto profesional y confidencialidad imprescindibles en una óptima relación profesional. La confidencialidad es la matriz donde se fragua la relación médico-paciente y se entiende como el derecho del paciente a que sea respetada su intimidad y se cumpla con el deber de secreto y sigilo por parte de los profesionales sanitarios.

Preservar la confidencialidad con el paciente mayor de edad no reviste gran complejidad desde el punto de vista legal, el problema surge en relación con el menor de edad: ¿debemos mantener la confidencialidad?, ¿en todos los casos?, ¿cuál debe ser la relación con los padres?, ¿o quizás no es correcto referirnos a la confidencialidad hasta no tener la

mayoría de edad civil, 18 años?^{1,2}. Puesto que los menores están bajo la patria potestad³, ¿influye esta condición en el deber de asegurar la confidencialidad del menor? Responder a estas preguntas pasa necesariamente por atender consideraciones legales, éticas y deontológicas acerca de cuáles son los derechos del menor dentro del sistema de salud y de qué forma se debe articular la relación menor-médico de familia. Entendemos que las respuestas a estas cuestiones deben excluir, de entrada, posiciones maniqueas, como considerarlo como un adulto a todos los efectos o como un incapaz en un sentido integral. Cualquier extremo es fácil de adoptar y no plantea dudas o cuestionamientos de nuestra práctica asistencial, pero es en el espacio de “tierra fronteriza” entre la adultez y la minoría de edad donde el médico de familia debe ser el garante de la salud del menor; reconociendo su autonomía o negándose bajo criterios y parámetros siempre resbaladizos y de difícil delimitación⁴.

Transformaciones en la relación médico-paciente

Los sistemas sanitarios han sufrido un cambio social sin precedentes en la historia de la humanidad; marcada por transformaciones de tipo tecnológico, económico, educativo, laboral, judicial, mediático y político. La intensidad de estos cambios afecta de raíz en la perspectiva que tiene la ciudadanía de la atención sanitaria y propicia una nueva relación entre el sistema sanitario y los propios usuarios. Uno de los principales cambios de esta transformación social supone un cambio en el rol de paciente, que pasa de ser un sujeto pasivo a activo, que está más informado y participa de forma activa en la toma de decisiones que afectan a su salud o a la de sus familiares^{5,6}. De este modo, la relación que ha seguido el modelo paternalista-beneficente de tradición hipocrática, que está regida por el *Primum non nocere*, va perdiendo protagonismo para dar paso a una relación modelo autonomista, donde el paciente es considerado capaz de decidir y responsabilizarse de su propia salud⁷.

Esta transformación en la relación médico-paciente también empieza a tomar protagonismo en el estatus social del niño; así, en la Convención de Ginebra de 1989, se refieren al menor como sujeto de derechos en lugar de hacerlo como objeto de derechos. Ello implica fundamentalmente el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos⁸.

Menor y madurez: ¿oxímoron o realidad compatible?

En otras culturas, el paso de la infancia a la adultez se lleva a cabo a través de ritos de iniciación claramente identificables

por el grupo humano, que conducen al niño a alcanzar su estatus de adulto dentro de la sociedad. En las sociedades occidentales existe consenso en relación con el momento en que el menor alcanza la mayoría de edad, ya que esta viene amparada por el marco legal de cada país; pero en relación con el alcance de la madurez del menor, antes de llegar a la mayoría de edad no existe consenso o parámetros para determinar cuándo se alcanza.

Se ha acuñado el término menor maduro para identificar a los menores de edad con un cierto desarrollo cognitivo y emocional y con capacidad suficiente para implicarse en la toma de decisiones referentes a su persona y de manera especial en el ámbito de la salud⁹. Es en función del nivel de madurez observado, que se reconoce la existencia de determinados derechos y la posibilidad de que los menores que sean capaces de tomar decisiones y evaluar sus consecuencias puedan decidir en temas relativos a su salud. La teorías psicoevolutivas hablan a favor de que la madurez no se alcanza de forma súbita e inmediata a los 18 años, sino que se trata de un proceso progresivo y gradual en el que la mayoría está de acuerdo que tiene lugar a partir de los 12 años. Sin embargo, sigue siendo controvertido el momento en el que el menor dispone de “capacidad de hecho” para tomar decisiones por sí mismo¹⁰.

Las decisiones que el menor tome acerca de su salud forman parte de los llamados derechos de personalidad, que puede realizar por sí mismo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez. En la medida en que pueda realizarlos por sí mismo, estos actos quedan fuera del ámbito de la patria potestad o la tutela. Cuando el menor carezca de la madurez suficiente para realizar estos actos (Art. 9.3, Ley 41/2002), la decisión será tomada por su representante (consentimiento por representación). En caso de menores con 16 años o emancipados, no cabe 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 decisión correspondiente.

Son varias las cuestiones que dan pie a diferentes interpretaciones en relación con la capacidad del menor para tomar decisiones por sí mismo en cuanto a su salud y enfermedad¹¹:

- La edad no es un criterio absoluto de capacidad, se considera que por encima de los 16 años se presupone la capacidad con carácter general. Si el facultativo cree que no dispone de dicha capacidad, deberá demostrarlo, de forma que pueda negarle su derecho a tomar sus propias decisiones sanitarias. Por debajo de los 16 años, la presunción legal general es de incapacidad, por lo que, para aceptar la decisión del menor sin participación de sus representantes legales, el facultativo debe poder demostrar que, a su juicio, tiene capacidad suficiente para tomar esa decisión concreta en ese momento concreto (fig. 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470129>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470129>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)