

Facultat de Medicina i Odontologia

Departament de Medicina Preventiva i Salut  
Pública, Ciències de l'Alimentació, Toxicologia i  
Medicina Legal

Programa de doctorado. 265E Salut Pública i Medicina Legal



VNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA

## **LA EDAD COMO CONDICIONANTE DEL DERECHO: EL CASO DEL PACIENTE MENOR**

Tesis doctoral presentada por:  
M<sup>a</sup> Dolores Sebastiá Alcácer  
Licenciada en Medicina y Cirugía

Dirigida por:  
Ana Castelló Ponce  
Francesc Francés Bozal

Valencia 2014

Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública,  
Ciències de l'Alimentació, Toxicologia i Medicina Legal.  
Facultat de Medicina i Odontologia. Universitat de València.

Programa de doctorado: 265E Medicina Legal i Salut Pública

## **La edad como condicionante del derecho: El caso del paciente menor**

**M<sup>a</sup>Dolores Sebastiá Álcacer**

Licenciada en Medicina y Cirugía

Directores:

Ana Castelló Ponce

Francesc Francés Bozal

Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública,  
Ciències de la Alimentació, Toxicologia i Medicina Legal

*Facultat de Medicina i Odontologia*

Ana Castelló Ponce, Profesora de Medicina Legal y Forense del Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública, Bromatologia, Toxicologia i Medicina Legal de la Universitat de Valencia - Estudi General, en cumplimiento de la normativa vigente,

### **CERTIFICA**

Que la Tesis Doctoral titulada “LA EDAD COMO CONDICIONANTE DEL DERECHO: EL CASO DEL PACIENTE MENOR“ ha sido realizada bajo su dirección, por la Licenciada en Medicina y Cirugía Doña María Dolores Sebastiá Alcácer. En la memoria se reflejan, de forma veraz, tanto el método aplicado como los resultados obtenidos.

A su conclusión, ha sido revisada y se ha encontrado conforme para que sea presentada ante el Tribunal que en su día se designe, para aspirar al Grado de Doctor.

En Valencia, el treinta de octubre de dos mil catorce

Ana Castelló

Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública,  
Ciències de la Alimentació, Toxicologia i Medicina Legal

*Facultat de Medicina i Odontologia*

Francesc Francés Bozal, Profesor de Medicina Legal y Forense del  
Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública, Bromatologia,  
Toxicologia i Medicina Legal de la Universitat de Valencia - Estudi Ge-  
neral, en cumplimiento de la normativa vigente,

### **CERTIFICA**

Que la Tesis Doctoral titulada “LA EDAD COMO CONDICIO-  
NANTE DEL DERECHO: EL CASO DEL PACIENTE MENOR“  
ha sido realizada bajo su dirección, por la Licenciada en Medi-  
cina y Cirugía Doña María Dolores Sebastiá Alcácer. En la me-  
moria se reflejan, de forma veraz, tanto el método aplicado como  
los resultados obtenidos.

A su conclusión, ha sido revisada y se ha encontrado conforme  
para que sea presentada ante el Tribunal que en su día se de-  
signe, para aspirar al Grado de Doctor.

En Valencia, el treinta de octubre de dos mil catorce

Francesc Francés

# DEDICATORIA

A MIS PADRES

A CÉSAR, PABLO Y ÁLVARO  
POR TODO EL TIEMPO ROBADO

## AGRADECIMIENTOS

A la doctora Ana Castelló, directora de esta tesis doctoral por su estímulo constante, por su paciente apoyo y porque ha sido enriquecedor trabajar con ella. Infinitamente agradecida.

Al doctor Francesc Francés, co-director de esta tesis doctoral, por su inestimable colaboración en el asesoramiento científico y estadístico.

A las unidades de pediatría de los centros de salud de Vicente Clavell y de Manises I, muy especialmente a M<sup>a</sup> Dolores Alcácer Portillo (mi madre) y Marina Pallardó Royo, quien sin su valiosa colaboración no hubiera sido posible este proyecto.

A la Dra. Valdivieso, por su ayuda en los momentos difíciles y su apoyo para la finalización de la tesis.

A mi amigo Ricardo Monera y a mi marido, por su apoyo e incalculable cooperación todo lo referente a la informática.

A mis compañeros del Centro de Salud Manises, muy especialmente a la Dra. M<sup>a</sup> Dolores Alfonso y al Dr. Juan Manuel García Torán, por la estabilidad laboral que me han ayudado a conseguir, por estar siempre ahí cuando los he necesitado. Siempre agradecida.

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	10
1.1 PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA .....	10
1.2 LEY BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE. APUNTES SOBRE EL MENOR DE EDAD .....	13
1.3 EL NIÑO A LO LARGO DE LA HISTORIA.....	17
1.4 DERECHOS DEL NIÑO.....	20
1.5 PROBLEMÁTICA ACTUAL .....	22
1.5.1 Mayoría de edad sanitaria .....	27
1.5.2 Aplicación de tratamientos médicos sin conocimiento de los padres.....	29
1.5.3 Secreto profesional.....	30
1.5.4 La píldora del día siguiente .....	33
1.5.5 Interrupción voluntaria del embarazo .....	37
1.5.6 Consentimiento informado.....	41
1.5.7 Internamiento psiquiátrico forzoso.....	43
1.5.8 Vacunación.....	46
1.5.9 Negación a los tratamientos .....	48
1.5.10 Donación de órganos .....	55
1.5.11 Drogas en la infancia.....	57
1.5.12 Tratamiento en Unidades de conductas adictivas ..	58
1.6 JUSTIFICACIÓN .....	58
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	60
2.1 HIPÓTESIS .....	60
2.1.1 Primera hipótesis.....	60
2.1.2 Segunda hipótesis.....	61
2.1.3 Tercera hipótesis.....	61
2.1.4 Cuarta hipótesis.....	61
2.1.5 Quinta hipótesis.....	62
2.2 OBJETIVOS .....	62

# ÍNDICE

2.2.1	Primer objetivo.....	62
2.2.2	Segundo objetivo.....	62
2.2.3	Tercer objetivo.....	63
2.2.4	Cuarto objetivo .....	63
2.2.5	Quinto objetivo.....	64
3.	MATERIAL Y MÉTODO .....	65
3.1	DISEÑO DEL ESTUDIO .....	65
3.2	ÁMBITO DEL ESTUDIO .....	65
3.3	SUJETOS A ESTUDIO .....	65
3.4	SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	66
3.5	VARIABLES A ESTUDIO.....	67
3.6	PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	68
3.6.1	Estudio sobre padres y tutores.....	68
3.6.2	Estudio sobre personal sanitario .....	69
3.6.3	Técnica de evaluación para la investigación .....	70
	CUESTIONARIO SOBRE LA AUTONOMÍA DEL MENOR.....	72
	Anexo 1: HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE	76
	Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO.....	78
	Anexo 3: CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO.....	79
3.7	ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	90
3.7.1	Métodos estadísticos.....	91
3.7.2	Análisis de datos .....	100
4.	RESULTADOS.....	102
4.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	102
4.2	ANÁLISIS POR PREGUNTAS.....	104
5.	DISCUSIÓN .....	218

# ÍNDICE

5.1	ESTUDIO POR PREGUNTAS .....	218
5.2	ESTUDIO POR VARIABLES.....	231
5.2.1	Sexo .....	231
5.2.2	Edad .....	232
5.2.3	Hijos .....	233
5.2.4	Profesión .....	234
5.2.5	Estudios universitarios.....	238
5.3	LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	238
6.	CONCLUSIONES.....	240
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	241
8.	BIBLIOGRAFÍA .....	250

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

La autonomía del paciente constituye junto con la justicia, beneficencia y no maleficencia, los cuatro principios básicos de la Bioética. El principio de autonomía está también directamente relacionado con el respeto a la intimidad del paciente en su significado más amplio. Es decir en cuanto al respeto por la intimidad física y en lo que se refiere a la confidencialidad de sus datos.

Es una obligación moral que ya recoge el Juramento Hipocrático cuando expresa *”y si en mi práctica médica y aún fuera de ella, viviese u oyese, con respecto a la vida de otros hombres, algo que jamás deba ser revelado al exterior, me callaré considerando como secreto todo lo de este tipo”*.

La lectura correcta de este principio implica que el paciente no pierde su derecho a la intimidad por el hecho de aceptar un tratamiento. Lo que hace es utilizar ese derecho para consentir el examen médico <sup>(1)</sup>.

Es frecuente que como consecuencia de la relación médico-paciente, el médico pueda llegar a conocer datos que el paciente no

quiere que sean revelados. Siendo este además un derecho que perdura más allá de la muerte.

El paciente tiene derecho, por ejemplo a que nadie sepa que está ingresado en un hospital, a que no se informe a otras personas de su estado de salud y a que se controle estrictamente el acceso a su historia clínica <sup>(2)</sup>.

El principio de autonomía es un principio filosófico que obliga moralmente pero que actualmente también lo hace por ley. Además las diferentes normas legales especifican los casos en los que está justificada la vulnerabilidad.

Por ejemplo en situaciones de riesgo para la salud pública, la ley puede obligar a seguir un determinado tratamiento o a aislar al paciente (sirva como ejemplo las medidas de cuarentena). También en situaciones de urgencia cuando existe grave peligro para la salud física o psíquica de una persona.

En cuanto a la confidencialidad únicamente se podrá romper para proteger a terceros, en caso de tener conocimiento de un delito (parte de lesiones), o cuando se traten de enfermedades de declaración obligatoria.

El principio de autonomía es quizá el que introduce un cambio más radical en la relación médico-paciente <sup>(3)</sup>.

La palabra enfermo deriva de “infirmus”, no-firme, débil. Tradicionalmente se considera al enfermo como una persona no capaz de decidir, inhábil, por lo que el médico asume el papel de tomar las decisiones por él.

Esta forma de actuar, conocida como paternalista entra en crisis en el siglo XX tras los abusos cometidos por los médicos nazis en numerosos experimentos inhumanos, que fueron universalmente conocidos en el juicio de Núremberg. Tras éste, en 1948, se publicó el Código de Núremberg, en el que se reconocía el derecho inalienable de cualquier individuo a no ser incluido en investigación alguna sin su libre consentimiento <sup>(4)</sup>.

Además, a partir de 1970 el avance de la Ciencia y la Tecnología y por lo tanto de la Medicina es espectacular. Hay muchas más posibilidades de tratamiento. Empieza una época de lucha sin cuartel contra la enfermedad que, en ocasiones, lleva al encarnizamiento terapéutico que implica prolongar la vida aunque sea causando un sufrimiento innecesario.

Como consecuencia surge en EEUU la “rebelión de los pacientes” que exigen poder decidir si se someten o no a un tratamiento. Así fue como el principio de autonomía genera un importante cambio en la relación médico-paciente.

En España, la Carta de los Derechos y Deberes de los Pacientes elaborada dentro del plan de humanización de la asistencia hospitalaria, en 1986, intenta poner fin al paternalismo. Contempla el derecho del paciente a aceptar o rechazar lo que le propone el médico. Y acepta que es capaz de tomar decisiones aunque haya perdido la salud.

El paradigma de la autonomía es el consentimiento informado.

## **1.2 LEY BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE. APUNTES SOBRE EL MENOR DE EDAD**

En lo que respecta a la autonomía en menores de edad, la Ley 41/2002 <sup>(5)</sup> reconoce a aquellos con 16 años cumplidos y a los emancipados de sus progenitores, capacidad para tomar sus propias decisiones en el terreno de la salud, aún en contra de la opinión de sus

padres o incluso sin su conocimiento siempre y cuando esas decisiones no vayan en perjuicio del menor (art 9.3). Esto significa que, en términos generales, la norma defiende el respeto a su autonomía <sup>(4)</sup>.

Pero existen ciertos supuestos en los que se sigue requiriendo la mayoría de edad (18 años) para que el consentimiento sea válido: la donación de órganos o de médula ósea y los ensayos clínicos. En estos casos los menores necesitarían la autorización de sus padres y, si hubiera conflicto entre ellos intervendría el juez. Por otro lado existen procedimientos a los que el menor de 18 años no puede someterse aún con consentimiento paterno, como son: la donación de un órgano en vida, la donación de sangre, la reproducción humana asistida, la esterilización y la cirugía transexual.

Esta ley puntualiza que en el caso de actuaciones de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados, y su opinión tenida en cuenta para tomar la decisión correspondiente (artículo 9.3).

Este derecho es desconocido por muchos profesionales sanitarios y por la sociedad. Los adolescentes no lo reclaman porque lo ignoran, los padres viven tranquilos manteniendo su tutela y los profesionales evitan iniciar el conflicto. Sin embargo la puesta en práctica

de este derecho es cuestión de tiempo. Actualmente en los casos en los que se aplica, los padres acostumbrados a tener la última palabra respecto a sus hijos, en general lo aceptan con dificultad <sup>(3)</sup>.

La norma legal expresa que se debe escuchar la opinión de los menores con más de 12 años antes de tomar decisiones que les afecten y que incluso podrían llegar a decidir por sí mismos, si el sanitario que les atiende considera que demuestran la suficiente madurez para ello.

Entre los juristas y los profesionales que atienden a niños y jóvenes, prevalece la opinión que es la persona la que debe poder gestionar sus derechos, desde el momento que es capaz de asumir la responsabilidad que eso conlleva. El código civil <sup>(6) (7) (8) (9)</sup> concede a los padres la representación legal de sus hijos no emancipados, exceptuando *“los casos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo”* (art 162).

Sin embargo en la práctica es muy difícil reconocer cuando un menor es lo suficientemente maduro para poder decir por sí mismo, ya que los profesionales que deben decidir su estado de madurez, en muchas ocasiones han estado muy poco tiempo en contacto con él.

Nuestro código penal <sup>(10)</sup> reconoce al mayor de 13 años autonomía para adoptar decisiones relacionadas con la sexualidad, salvo en situaciones de riesgo para su salud física o psíquica (artículo 181 y 183). Según esto, no es ilegal mantener relaciones sexuales con personas que tengan los 13 años cumplidos, y a partir de esta edad, el o la preadolescente podrá acudir a su centro de planificación familiar y solicitar métodos anticonceptivos o el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, quedando garantizado su derecho de confidencialidad.

Generalmente los padres se muestran contrarios a estas disposiciones y argumentan en su contra que si son ellos los responsables de lo que hagan sus hijos hasta los 18 años de edad, debería conocer toda la información que a ellos se refiere. Naturalmente existen situaciones en las que el profesional prudente decidirá romper la confidencialidad por pensar que con ello defiende mejor la salud del menor, pero como toda vulneración de un derecho deberán ser una excepción y estar justificada. Lo contrario conduciría de nuevo a una actitud paternalista en la que se trata de proteger al menor de sí mismo, imponiéndole lo que otros deciden como su mayor bien. En contrapartida

hay otros supuestos menos trascendentes, en los que el menor necesitará contar con la autorización paterna hasta que cumpla los 18 años. Esto ocurre con los piercing, los tatuajes, los rayos UVA del solarium. Son casos en los que no cabe aplicar la Ley 41/2002 <sup>(5)</sup> por no tratarse de actos sanitarios.

### 1.3 EL NIÑO A LO LARGO DE LA HISTORIA

La revisión histórica recoge diferentes actitudes hacia los menores que fueron de práctica habitual en su momento y que actualmente no deberían tener cabida.

- El infanticidio: era una práctica habitual aplicada a niños con algún defecto físico, hijos ilegítimos, cuando no había recursos económicos para mantenerlos y por razones religiosas. Se realizaba más frecuentemente en niñas, porque se consideraba que tenían menor valor social que los niños <sup>(11)</sup>.
- Desatención: el niño era poco valorado ya que debido a las enfermedades, mala alimentación, trato inadecuado y descuidos, la mortalidad por causas naturales era muy elevada, así que hasta que no superaba la edad de seis años, no se le daba ninguna importancia.

- La propiedad: Los padres eran los dueños del niño, con pleno derecho a venderlo, entregarlo a terceros o incluso a abandonarlo.

El concepto de la infancia ha evolucionado a lo largo de la historia. Al revisar los textos que tratan sobre este asunto, se encuentra que en la evolución y educación del niño desarrolla en cinco etapas históricas, cada una de ellas con sus particularidades <sup>(12)</sup>. En resumen serían las siguientes:

- En la época griega y romana nace la necesidad de la educación al niño varón y en muy contadas ocasiones y siempre dependiendo de la voluntad del padre a la niña, aunque esto sería considerado como una decisión peligrosa. La diferencia entre los griegos y los romanos se encuentra en el sistema de enseñanza. Mientras los primeros consideraban más acertado proporcionar primero una instrucción informal (leer, escribir, educación física,...) para más tarde emprender una educación formal (matemáticas, filosofía,...), los segundos se centraban únicamente en formar buenos oradores (prosa, teatro, poesía).

- En la Edad Media, toda la sociedad está influenciada por el cristianismo y la Iglesia. En consecuencia se trata de formar a los niños para que sean capaces de servir a Dios y a la Iglesia. Teniendo en cuenta que se les consideraba hombres en miniatura, estarían bajo el influjo del pecado original y en consecuencia se les debía considerar como seres perversos y corruptos a los que era necesario socializar mediante el castigo y la disciplina.
- En el Renacimiento, se retoma el interés por el desarrollo el niño. Se considera que el recién nacido es como un papel en blanco. No es ni malo ni bueno (con lo que se destierra la concepción sobre el pecado original) sino que se considera que sus acciones futuras dependerán de sus experiencias.  
  
La escolarización se convierte en un objetivo principal en esta sociedad en la que la necesidad de mano de obra infantil se ve reducida como consecuencia de la Revolución Industrial.
- En los siglos XVIII-XIX, por influencia de las corrientes filosóficas de la época, de las que es fiel representante Jean Jacques Rousseau, se defiende que la educación debe adap-

tarse al nivel del niño. Se considera además que esa educación es extremadamente importante porque se acepta como cierto que todos los infantes son buenos por naturaleza y es la sociedad quien los puede corromper.

- Finalmente durante el siglo XX la infancia es reconocida como una etapa con sus propias características y sus necesidades. Los niños pasan a ser considerados como personas con derecho a la identidad personal, a la dignidad y a la libertad.

## **1.4 DERECHOS DEL NIÑO**

Con el avance de los derechos humanos, el médico se convierte en un profesional regido por una serie de normas jurídicas referentes a los derechos de los pacientes que trata. Así se enfrenta a una serie de leyes que debe conocer, respetar y cumplir en su relación con los pacientes, independientemente de que sean niños o adultos.

Las Naciones Unidas aprobaron en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos que incluía los derechos del niño. Pero se llegó a la conclusión que las necesidades de los niños debían de reflejarse en un documento exclusivo para ellos, la Declaración de los Derechos del Niño.

El año 1979 fue el año internacional del niño, y fue el momento donde se empezó a debatir sobre la nueva declaración de sus derechos. A raíz de este debate, en 1989 se firmó en la ONU la Convención sobre los Derechos del Niño <sup>(13)</sup> (en adelante CDN). El documento entró en vigor el 2 de septiembre de 1990, después de ser firmado y aceptado por 20 países, entre ellos España.

La CDN constituye el primer instrumento internacional que reconoce a los niños como agentes sociales y titulares activos de sus propios derechos.

Sus cincuenta y cuatro artículos recogen los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños. Su aplicación es obligación de los gobiernos, pero también define las obligaciones y responsabilidades de otros agentes como son los padres, profesores, profesionales de la salud, investigadores y los propios niños.

El CDN se fundamenta en cinco puntos básicos:

1. Supervivencia: se basa en que los niños tengan cubiertas las necesidades más importantes para su existencia, la alimentación, los servicios médicos (CDN 6-10, 18, 24 y 26).

2. Participación: los niños podrán expresar libremente su opinión en los temas que les afecten. Promueve que en la medida que van desarrollando sus capacidades, se les dé la oportunidad de participar en actividades de la sociedad, como preparación a la edad adulta (CDN 12-15, 17 y 30).
3. Desarrollo: se debe asegurar un desarrollo armónico del niño en los aspectos físico, psicológico y moral, con el fin de alcanzar el mayor potencial del niño. (CDN 27-29 y 3).
4. Interés por el niño: cuando se deba tomar alguna decisión que le implique, se deberá optar por la que garantice el mayor bienestar (CDN 2-5, 11, 20, 23, 32-42).
5. No discriminación: ningún niño debe ser menos valorado que otro debido a su raza, idioma, género (CDN 2).

## 1.5 PROBLEMÁTICA ACTUAL

Los niños y adolescentes son origen de serias dudas en el momento de valorar su autonomía, porque las diferentes normas legales parecen contradecirse entre sí en cuanto a fijar el momento en el que se les debe considerar adultos. La consecuencia de esta falta de coherencia implica que diferentes personas lleguen a distintas conclusiones ante el mismo caso <sup>(3)</sup>.

A este desconcierto inicial que afecta a todos los ámbitos de la vida cotidiana, se une el hecho de que la mayoría de los padres desconocen cuándo es el momento en el que sus hijos tienen el derecho de decidir por sí mismos en los que respecta a su salud. Por otra parte, aquellos que sí conocen ese derecho, alegan que no creen a sus hijos capaces de elegir la opción correcta porque en su opinión, no los creen capaces valorar las consecuencias de sus actos.

Existe mucha legislación a nivel médico desconocida en cierta medida para los padres y que en una minoría de casos se tiene conocimientos de dicha legislación, debido a problemas determinados que han ocurrido en familiares, allegados o ellos mismos, por los que se han debido de informar profesionalmente

Es frecuente que en las consultas se deba atender a pacientes menores de edad con diversos problemas y que en muchas ocasiones, acudan sin la compañía de un adulto. Generalmente se da esta situación en casos de embarazos no deseados, la solicitud de la píldora postcoital, la obligación de vacunar.

Estas situaciones pueden ser motivo de duda para el profesional que se enfrenta a ellas. También sin duda para los padres o tutores

que quizá no sean conocedores del marco legal a aplicar al paciente menor.

Lo constatado en la práctica diaria unido a los resultados de la necesaria revisión de trabajos de investigación previos justifica abordar el trabajo que sigue, en el que se pretende valorar el conocimiento que los padres tienen de los derechos de sus hijos como pacientes, analizando asimismo el conocimiento que los sanitarios poseen sobre la legislación al respecto.

Es necesario observar que durante el periodo en el que se ha desarrollado el presente trabajo de investigación, se han producido cambios de gobierno que han traído como consecuencia modificaciones legislativas.

Uno de los puntos más conflictivos ha sido la nueva reforma de la ley del aborto para la que se ha presentado el anteproyecto de ley, aprobado en diciembre 2013.

Este anteproyecto se puede resumir en once puntos ([www.mjusticia.gob.es](http://www.mjusticia.gob.es)):

1. El aborto estará permitido ante dos supuestos: si existe peligro para la salud física o psíquica de la madre o peligro

para su vida o cuando el embarazo sea consecuencia de es una violación.

2. El plazo para el primero se limita a veintidós semanas de gestación, y el segundo a las doce.
3. El riesgo para la salud física o psíquica de la madre deberá acreditarse con dos informes médicos, emitidos por profesionales distintos de los encargados de practicar el aborto. Tras ser emitidos los informes la mujer será informada por un colaborador del sistema público de salud, sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, y tendrá que esperar de forma obligada siete días antes tomar su decisión (en la norma actual este plazo es de tres días).
4. En el caso de que el embarazo sea consecuencia de una violación, debe existir una denuncia de agresión, para poder acogerse a dicho supuesto.
5. Los médicos que emitan los informes no podrán trabajar en el mismo centro donde se vaya a realizar la intervención.

6. Cuando el peligro psíquico de la madre tenga que ver con anomalías del feto, deberá realizarse un informe médico sobre la madre y otro sobre el feto, para que quede constancia de dicha anomalía.
7. Si la anomalía del feto no se hubiera podido detectar en las primeras veintidós semanas de vida, se podrá realizar la interrupción voluntaria del embarazo después, siempre y cuando se cumplan todos los anteriores requisitos.
8. Se permite la objeción de conciencia de todos los sanitarios que intervengan en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo, sin embargo deberán comunicarlo cinco días antes de empezar a trabajar, y esta decisión será reservada y confidencial, pudiendo ser modificada en cualquier momento.
9. Se prohíbe la publicidad de clínicas que practiquen el aborto.
10. Para que las menores de edad puedan abortar en los supuestos que permita la ley, en el consentimiento tendrán que participar los titulares de la patria potestad (padres o tutores).

11. No existirá reproche penal para la mujer que aborte fuera de los supuestos marcados por la ley, Sin embargo el médico que la incumpla será sancionado según la normativa vigente.

Atendiendo a la propia experiencia y a la recabada de estudios publicados sobre el asunto, se ha elegido centrar el trabajo de investigación en dichos puntos:

### **1.5.1 Mayoría de edad sanitaria**

Este punto genera gran conflicto ya que en España no coincide la mayoría de edad civil con la mayoría de edad a nivel sanitario, punto desconocido por gran parte de la sociedad, que piensan que lo legal a nivel sanitario es coincidente con la mayoría de edad civil.

Estas aparentes contradicciones entre las diferentes normas reguladoras, parecen crear a los padres una comprensible duda, puesto que es necesario su permiso para determinados ámbitos de la vida de sus hijos como es por ejemplo, el que menores de edad (de dieciocho años) accedan a portales de internet tipo Yahoo!. Sin embargo por otro lado la Ley parece indicar que -exceptuando determinados casos en los que pueda existir riesgo para la vida- el menor de dieciocho años pero mayor de dieciséis, es responsable de cualquier decisión en

cuanto a su salud se refiere sin que se deba tener en consideración la opinión de los padres.

No es extraño tampoco, que esta incertidumbre alcance al personal sanitario que además, en el supuesto de que sea conocedor de los derechos del menor, se puede sentir presionado por la actitud de los padres cuando estos no admiten la competencia de su hijo.

Como Expresa el Código Civil <sup>(9)</sup> en su artículo XX, la mayoría de edad civil se alcanza a los dieciocho años, sin embargo a nivel sanitario según la Ley General de Sanidad 41/2002 <sup>(5)</sup> en su artículo 9.3 se alcanza a los dieciséis años. Esto puede ser fuente de desconcierto para los padres ya que en ciertas cuestiones los menores precisan el consentimiento paterno para tomar las decisiones, mientras que en otras este no es necesario. Por tanto, se crea aquí una confusión que afecta a padres, hijos y profesionales sanitarios.

Existen ciertas excepciones a la Ley General de Sanidad, en las que es necesario tener la mayoría de edad civil:

6.1.1.1 - Ensayos Clínicos <sup>(14)</sup> <sup>(15)</sup>. En relación con la capacidad para prestar consentimiento en los ensayos clínicos con menores, es necesario el consentimiento del representante legal (padres o tutor), pero también el del menor de edad cuando tenga

doce o más años. Al mismo tiempo se exige que se pongan en conocimiento del Ministerio Fiscal las autorizaciones para ensayos clínicos con menores.

6.1.1.2 - Técnicas de reproducción asistida humana <sup>(16)</sup> <sup>(17)</sup> <sup>(18)</sup>.

6.1.1.3 - Otras excepciones provienen directamente del artículo 9.3 de la Ley General de Sanidad <sup>(5)</sup>. Así:

6.1.1.3.a. Extracción y trasplante de órganos <sup>(19)</sup> <sup>(20)</sup>.

6.1.1.3.b. Extracción y utilización de tejidos y sustancias corporales. B1. La utilización clínica de tejidos humanos <sup>(21)</sup> <sup>(22)</sup>.

6.1.1.3.c. Cirugía transexual y esterilización <sup>(10)</sup>

6.1.1.3.d. Donación y utilización de embriones y fetos humanos, y de sus células, tejidos y órganos <sup>(23)</sup>. Se exige para donantes menores de edad no emancipados el consentimiento de sus representantes legales, además del suyo propio.

## **1.5.2 Aplicación de tratamientos médicos sin conocimiento de los padres**

Aunque generalmente los padres no conciben que sus hijos acudan solos a consulta médica y se traten sin su conocimiento, la Ley 41/2002 <sup>(5)</sup> da cobertura a la aplicación de un tratamiento médico (no

de urgencia) a un menor de dieciséis años (pero mayor de doce), sin el consentimiento de sus padres o representantes.

En consecuencia quedan establecidas tres franjas de edad:

- A partir de dieciséis años, el enfermo puede decidir.
- Entre los doce y los dieciséis, el médico ha de valorar si el paciente tiene capacidad de emitir el consentimiento informado, o si en su defecto este debe delegarse a padres o tutores.
- Menores de doce años, para quienes son los progenitores quien toman la decisión.

### **1.5.3 Secreto profesional**

El conflicto en este ámbito viene producido por la confluencia de dos aspectos reflejados en la legislación vigente, que son la protección de la intimidad del menor (la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal <sup>(24)</sup> y el Artículo 147 del Código Penal <sup>(10)</sup> y la patria potestad, art 278 Código civil, capítulo V del CC Protección del niño <sup>(7)</sup>).

La patria potestad lleva asociado el derecho de conocer todo lo referente a la salud de sus hijos, no importando a quien se conceda la custodia del niño.

Sin embargo el/los progenitores podrán ser privados de la patria potestad en determinadas circunstancias como quedan reflejadas en el capítulo V del Código Civil la Protección del niño <sup>(7)</sup>:

- Cuando los maltraten física, mental o moralmente.
- Los expongan a cualquier situación de riesgo o amenaza a los derechos fundamentales del hijo.
- Incumplan los deberes inherentes a la patria potestad.
- Traten de corromperlos a prostituirlos o fueren conniventes en su corrupción o prostitución.
- Abusen de ellos sexualmente o los expongan a la explotación sexual.
- Sean dependientes de sustancias alcohólicas, estupefacientes o psicotrópicas u otras formas graves de fármaco-dependencia que pudieren comprometer la salud, la seguridad o la moralidad de los hijos, aun cuando estos hechos no acarreen sanción penal para su autor.

- Sean condenados por hechos punibles cometidos contra el hijo.
- Sean declarados entredichos.
- Se nieguen a prestarle alimentos.
- Inciten, faciliten o permitan que el hijo ejecute actos que atenten contra su integridad física, mental o moral.

Existen casos en los que el facultativo se ve obligado a vulnerar uno de estos dos aspectos, la intimidad de su paciente o la patria potestad de sus progenitores o tutores, para preservar el bienestar del menor.

Serán factores a considerar para no conservar la confidencialidad en la asistencia de un menor:

- La gravedad del niño.
- La alta probabilidad de que suceda un daño.
- La posibilidad de identificar víctimas potenciales.
- La inminencia de un daño.
- La probabilidad de que el objetivo que se pretenda lograr rompiendo la confidencialidad pueda mitigar el perjuicio.
- El grado en que se hayan utilizado los procedimientos previos.

- Que el propio paciente sea agente del daño.

En el resto de circunstancias en la que el menor exprese su deseo de que no se informe a sus padres sobre su visita al médico, se pondrán en conflicto los dos derechos, mencionados anteriormente y deberá ser el profesional sanitario el que vulnerará uno de los dos derechos, con lo que se vulnerará el derecho que crea que más ayude al paciente y quedará reflejado en la historia clínica.

#### **1.5.4 La píldora del día siguiente**

Hasta hace unos años era necesaria la prescripción médica para que se pudiese dispensar la píldora del día siguiente (en adelante PDS) en las farmacias. Se podía llegar a la conclusión que así había un cierto control sobre esta medicación.

Sin embargo apoyándose en los datos estadísticos que mostraban como año tras año aumentaban se reformó la Ley vigente haciéndola más accesible argumentando que si la mujer menor de 16 años tenía un acceso más directo a la PDS, habrían menos embarazos deseados y con ello menos abortos <sup>(25)</sup>.

Pero la realidad es que esta reforma fue el origen de un nuevo problema, ya que no hay nadie que haga un seguimiento a cada menor de la cantidad de píldoras que toma. Además muchas de ellas

podrían utilizar este sistema como anticonceptivo hormonal diario, debido a su desconocimiento de las indicaciones de este fármaco y sus efectos secundarios.

La mencionada modificación se impulsó por el Ministerio de Sanidad, el 28 de septiembre de 2009, de forma que desde esta fecha se dejaba de necesitar la prescripción médica para dispensar la PDS en las farmacias. Para avalar dicha medida, la Agencia Española del Medicamento autorizó la modificación de la Ficha técnica y los prospectos del Norlevo y Postinor <sup>(26)</sup>, sin proporcionar a los profesionales que lo requirieron trabajos científicos que justificaran el cambio. De este modo, se infringió lo dispuesto en el Real Decreto 1345/07 <sup>(27)</sup>, de 11 de octubre, que establece que el expediente de modificación debe contener los nuevos datos científicos y sanitarios que justifican la reevaluación del fármaco.

La modificación de 2009 supone que se autoriza la dispensación de la PDS a menores de 16 años sin consentimiento de los padres. Este cambio coloca al farmacéutico ante una situación de obligatorio abandono de su compromiso profesional, de velar por la salud de la población y por un uso racional del medicamento (artículo 12 y 84 de la Ley 29/2006 Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos

y Productos Sanitarios y artículo 25 del Código de Ética farmacéutica) <sup>(28)</sup> <sup>(29)</sup>. Dicho abandono se muestra especialmente preocupante si se tiene en cuenta que no hay estudios científicos representativos en los que se demuestre que la utilización de la PDS en menores de dieciséis años sea segura (dato que se incluye en la ficha técnica de Postinor pero no en la de Norlevo).

Por su parte el Ministerio de Sanidad publicó un folleto informativo sobre la PDS, que carece de la veracidad exigida, ya que afirma que la PDS no tiene efectos secundarios, lo cual es falso y, por otro lado, contradice la finalidad del Real Decreto 1416/1994 <sup>(30)</sup>. Además, la información dada no es clara. Así, por ejemplo afirmaciones como que “no es abortiva” -haciendo referencia a que no afecta al embrión después del día catorce-, pueden confundir a la usuaria, creando la falsa expectativa de que la PDS no interfiere con el embrión, cuando en realidad, la PDS, tal como se indica en la Ficha técnica, tiene varios mecanismos de acción, uno de ellos es impedir la anidación del embrión.

La polémica generada por este complejo asunto, justifica revisar brevemente las normas de regulación vigentes en otros países europeos y americanos:

- Reino Unido: las mujeres de 16 años pueden obtener la píldora del día siguiente sin prescripción médica.
- Estados Unidos: Actualmente las mujeres de 16 años y menores necesitan prescripción médica.
- Francia: Actualmente (desde enero de 2002) la pastilla anti-conceptiva de emergencia Norlevo está disponible sin prescripción y gratis para los adolescentes menores de 18 años.
- Latinoamérica: La píldora del día siguiente, es un tema delicado, debido a que en la Convención Americana sobre Derechos Humanos o pacto de San José de Costa Rica, establece en su artículo 4 que el derecho a la vida ha de estar garantizado desde la concepción, por lo que en muchos países se ha declarado la píldora del día siguiente inconstitucional.
- En Costa Rica existe un vacío legal, es decir que no hay normativa sobre el asunto, por lo cual el uso de anticonceptivos de emergencia hormonales es permitido y legal pero no existe un producto registrado. En Ecuador la píldora es entregada por el Ministerio de Salud Pública a menores de edad o mujeres que sufran ultraje sexual.

### 1.5.5 Interrupción voluntaria del embarazo

En España la Interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE), no ha sido un práctica que siempre haya estado regulada, y cuando lo ha estado ha sido considerada una práctica penalizada por ley para la mujer.

Si se revisa su evolución se comprueba que esta práctica se despenalizó en diciembre de 1936, cuando se legalizó el aborto durante las primeras doce semanas de embarazo. Sin embargo la vigencia de esta ley fue muy corta, ya que fue derogada por el régimen franquista.

Fue el cinco de julio de 1985 (Ley orgánica 9/1985) <sup>(31)</sup> cuando se despenaliza el aborto en tres supuestos como son:

- Riesgo grave para la salud física o psíquica de la mujer embarazada (supuesto terapéutico). En esta situación se podría interrumpir el embarazo en cualquier momento.
- Violación (supuesto criminológico). Se podía interrumpir el embarazo hasta las doce semanas.
- Malformaciones físicas o psíquicas en el feto (supuesto eugenésico). La interrupción del embarazo tenía que ser antes de las veintidós semanas de embarazo.

Muchos años después, en 2010 se aprobó la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que entró en vigor del 5 de julio de ese año <sup>(32)</sup>. Entre los cambios de dicha ley se establecen dos franjas de edad:

- Las menores de dieciséis años que siempre necesitan el consentimiento paterno o de sus representantes legales.
- Entre dieciséis y dieciocho años el consentimiento para la IVE les corresponde exclusivamente a ellas, de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad, aunque al menos uno de los representantes legales, deberá ser informado de la decisión de la mujer. Se omitirá esta información cuando la menor alegue que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia familiar, amenazas, coacciones, malos tratos o se produzca una situación de desarraigo o desamparo. Para la aplicación de esta Ley Orgánica se han aprobado el Real Decreto 825/2010, de 25 de junio <sup>(33)</sup>, de desarrollo parcial de la misma y el Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la

calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo<sup>(34)</sup>.

La aplicación práctica de esta norma genera incertidumbre a la hora de determinar qué criterios son válidos para establecer si una menor está siendo coaccionada. Se hace necesario ser capaz de determinar si esas coacciones que relata la menor son verdad o no, ya que no existen criterios objetivos para poder valorar dicho conflicto. Diferentes medios de comunicación recogieron en su momento las recomendaciones del gobierno vigente que pretendía que cuando exista un conflicto grave para la embarazada no sea solo que la menor lo acredite sino que exista una constatación de tal hecho.

En el artículo 14 de dicha ley se legisla que se podrá interrumpir el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que se le haya informado sobre las prestaciones y ayudas a la maternidad y que hayan transcurrido tres días desde que se le proporcionó esa información hasta que se realiza la intervención.

Por su parte el artículo 15 de dicha ley refleja que la posibilidad de realizar una interrupción voluntaria del embarazo, se amplía hasta la semana veintidós en caso de riesgo para la vida de la madre o el

feto. A partir de ese plazo sólo se podrá realizar la IVE si se diagnostica una anomalía del feto no compatible con la vida y es certificada por un comité clínico.

En la legislación europea hay numerosos casos en los que se permite a las menores decidir por sí mismas y sin ninguna exigencia adicional. Es así en Reino Unido, Grecia, Portugal, Holanda, Noruega, República Checa, Letonia y Lituania.

En Alemania se sigue un sistema basado en la capacidad de juicio, y no en la edad. El consentimiento de las mayores de dieciséis años se presume válido salvo que se pruebe lo contrario; entre los catorce y dieciséis se analiza caso por caso; y por debajo de los catorce es necesaria la autorización de los padres, a no ser que la menor pruebe ante un juez que tiene capacidad para decidir.

En otros países se exige que las menores tengan la aprobación de un adulto, pero no es necesario que sean los padres o tutores. En Francia, por ejemplo, en principio deben presentar el consentimiento de su tutor, pero si prefieren no contarle en casa, basta con que vayan al hospital o a la clínica acompañadas por un adulto que ellas elijan. En Finlandia, las menores de diecisiete años necesitan autorización,

pero no de los padres, sino del médico que practica la IVE. Y en Dinamarca hay comisiones formadas por cuatro personas en cada distrito que autorizan los abortos de menores y discapacitadas.

Hungría y Luxemburgo exigen la autorización paterna en todos los casos de abortos de menores. Hay otros que también lo hacen, pero con alguna excepción. En Italia, si hay un peligro grave para la salud de la joven no hace falta el permiso parental, y si los padres no consienten la intervención o no se ponen de acuerdo, decide un juez.

### **1.5.6 Consentimiento informado**

Este punto se ha considerado de interés en este estudio para investigar si los padres y los menores saben que son estos últimos los que deben firmar el consentimiento informado, mientras que los primeros solo deben ser concededores de ello.

Sin embargo serán de aplicación las excepciones que marca la Ley (artículo 5.2 de la Ley de Autonomía) <sup>(5)</sup> y que se resumen a continuación:

- a) Cuando existe riesgo para la salud pública. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad

con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986 <sup>(35)</sup>, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

- b) Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Por otra parte se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, son ellos mismos los que otorgan el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

### **1.5.7 Internamiento psiquiátrico forzoso**

El estudio de este punto es relevante ya que en la legislación actual, en caso de que un paciente presente un trastorno psiquiátrico o no esté en condiciones de decidir por sí mismo, se le garantizan los derechos fundamentales para recibir atención médica, sin la privación de uno de sus derechos fundamentales, que es el derecho a la libertad.

La Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de Enero ha derogado el artículo 211 del Código Civil, que es sustituido por el 763 de

la Ley 1/2000 <sup>(36)</sup> donde bajo el título *“Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”* se contempla que: *“El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma , aunque esté sometida a patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del Tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento (...)”*.

De esta manera, se articula un mecanismo que posibilita la atención médica, a la vez que garantiza los derechos fundamentales de aquellas personas con alteraciones psiquiátricas graves, cuya capacidad para valorar adecuadamente su situación y la necesidad de recibir tratamiento, así como las consecuencias que acarrearía el no recibirlo, pudiera estar seriamente afectada.

A la vez se protege al paciente de los posibles abusos en la privación de uno de sus derechos fundamentales -el derecho a la libertad-, al mismo tiempo que crea una vía para su tratamiento en caso necesario.

La decisión de internamiento forzoso e involuntario se contempla como una medida excepcional, necesaria y limitada en el tiempo, debiendo quedar sin efecto nada más desaparezcan las excepcionales causas que lo motiven.

Para que el internamiento resulte efectivo, se tiene que constatar la necesidad desde el punto terapéutico para el afectado, así como la peligrosidad que puede tener el no internamiento para terceros.

Es el propio texto legal, el que delimita las situaciones que justifican la medida de internamiento forzoso en caso de supuestos de enfermedad psíquica, ya que quedan excluidas todas las situación de personas que padezcan solo enfermedades físicas, exceptuando que puedan causar daño a sí mismos o a terceros

La autorización dada por el juez se materializa cuando a criterio del facultativo que está atendiendo al paciente existe un motivo clínico que justifica dicho internamiento. Generalmente la autorización debe ser previa al internamiento, solo no es así cuando existan motivos en los que el internamiento debe ser inmediato, en cuyo caso el responsable, es el responsable del centro donde se haya producido el internamiento, teniendo que dar explicaciones al tribunal competente lo antes posible y siempre antes de veinticuatro horas , ya que la ratificación por parte del Juez se ha de producir en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

Más tarde es el Juez el que tiene que revisar la continuidad del ingreso, para ello debe recabar información sobre el examen de la persona, el dictamen del facultativo designado por el juzgado para garantizar la neutralidad en el proceso, también habrá de escuchar a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia se estime oportuna o le sea solicitada por el afectado por la medida. En todas las intervenciones la persona afectada podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados por el art 758 de dicha ley.

En menores la situación es similar a los adultos, la única diferencia es que además de la autorización por parte del juez es necesario el consentimiento paterno o de los representantes legales, como enuncia el artículo 271 del Código Civil <sup>(8)</sup>.

### **1.5.8 Vacunación**

En cuanto a este asunto se refiere, el principal motivo de confusión se debe a la percepción de la población de que la vacunación es obligatoria, cuando lo correcto es considerar que es recomendable. Y es recomendable porque con ello se evitan muchas enfermedades, y de hecho gracias a las campañas de vacunación masiva se han erradicado algunas enfermedades.

En el artículo 3 de la Ley Orgánica 3/86 <sup>(35)</sup>, se pone de manifiesto que las autoridades pueden tomar cualquier tipo de medida que estimen oportuna (como podría ser la vacunación) para preservar la salud pública, cuando exista constatación de que esta se encuentra en peligro.

Se permite adoptar dichas medidas en casos de epidemias o situaciones límite. Siempre serán temporales y se anularán cuando desaparezcan las causas que las propiciaron.

Fuera de estos supuestos no cabría la obligatoriedad de someterse a tratamiento alguno, ya que según la Ley General de Sanidad <sup>(5)</sup> *“Todos tienen el derecho: Art. 10.1 A su personalidad, dignidad humana e intimidad. Art. 10.9 A negarse al tratamiento, excepto cuando suponga riesgo para la salud pública, no se esté capacitado para tomar decisiones (en ese caso corresponde a los familiares o personas allegadas) o cuando la urgencia no permita demoras por poderse causar lesiones irreversibles o peligro de fallecimiento”*.

El conflicto reside en lo que se entiende como un caso de riesgo para la salud pública.

En lo que nos ocupa, es sabido que el hecho de no vacunarse no implica un riesgo general hacia el resto de la sociedad. En consecuencia la obligación de someterse a la vacunación es ilegal y vulnera el derecho a la libertad personal, la integridad física y la intimidad personal, (artículo 18.1 de la constitución española <sup>(37)</sup>). Por tanto prevalece el derecho elegir y que la decisión sea tomada por los padres, que en definitiva son quienes tienen la obligación de velar por la salud y educación de sus hijos.

Se debe tener en cuenta igualmente que excepto las acciones adoptadas en caso de peligro para la salud pública, el resto de medidas preventivas que se quieran poner en marcha a nivel sanitario, según expresa el artículo 28 de la ley general de sanidad <sup>(5)</sup> no pueden conllevar riesgo para la vida. En consecuencia la vacunación no puede ser obligatoria, puesto que científicamente se ha demostrado que conlleva el riesgo de contraer la enfermedad contra la que se intenta proteger, aunque no se pueda delimitar el alcance del riesgo.

### **1.5.9 Negación a los tratamientos**

El interés de este apartado para el presente trabajo reside en el constatado desconocimiento por parte de todos los implicados sobre

si un menor se puede negar a un tratamiento y si para ello necesita el consentimiento de sus padres.

El artículo 2.4 de la Ley 41/2002 <sup>(5)</sup> de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente, no deja duda sobre el derecho del menor para negarse a recibir tratamiento. Sin embargo se contemplan excepciones que es necesario recordar:

En todos los casos será imprescindible valorar si el tratamiento que se rechaza es importante para la vida del paciente, en caso que la respuesta sea negativa se respetará la decisión del menor, en caso contrario quedará por valorar la urgencia del tratamiento. Ante el estado de necesidad y la negativa del paciente será el juez quien decida <sup>(38)</sup>.

Cuando son los padres quienes se niegan a que el menor reciba el tratamiento, se evaluará la madurez del menor. Si se le considera maduro, será él quien dé el consentimiento.

Ante la duda se determinará si es imprescindible la actuación sanitaria para su salud. En caso de que sea urgente, se actuará, aun en contra de la voluntad de los padres (atendiendo al estado de necesidad), pero si no es así se informará al juez, quien tomara la decisión pertinente.

La diferencia fundamental, que existe entre los casos en los que el paciente es un menor y aquéllos en que se trata de una persona mayor de edad y capaz, es que en los primeros la pasividad o la negativa ante cualquier tratamiento médico necesario para salvar la vida, puede traer consigo responsabilidades penales para los representantes legales del menor y para los médicos que lo atienden. Por el contrario, si el paciente es capaz y su consentimiento ha sido prestado con todas las condiciones y requisitos legalmente exigidos, las consecuencias de su negativa sólo le serán atribuidas a él, cuya libertad de autonomía ha sido respetada, y no se podrá exigir ningún tipo de responsabilidad al médico.

Por tanto, el derecho a rechazar el tratamiento que a todo paciente reconoce la Ley, y el derecho a arriesgar su vida, sólo pueden realizarse personalmente, es decir, que se exige plena capacidad de comprensión y de asunción de consecuencias, no siendo posible suplir la voluntad a través de los representantes legales cuando el paciente sea menor.

Los casos más debatidos son las personas que por pertenecer a determinados grupos ideológicos se niegan a recibir transfusiones de sangre, aunque sea el tratamiento necesario (p. a. los testigos de

Jehová) <sup>(39)</sup>. Ocurre que cuando un paciente es mayor de edad, competente, y sin intenciones suicidas, rechaza la transfusión de sangre por motivos religiosos, firmando el consentimiento necesario, la actuación del médico al no administrarle dicho tratamiento estaría amparada por el carácter justificante del consentimiento prestado por el paciente y siempre y cuando no existan otros tratamientos alternativos a la transfusión. Sin embargo, en estas situaciones la negativa a recibir transfusiones de sangre no es sin alternativa. Este tipo de paciente no suele adoptar un rol pasivo que se limite a negar el tratamiento sino que ponen a disposición de la ciencia médica el programa elaborado por los llamados Servicios de Información sobre Hospitales localizados en Brooklyn, Nueva York. Estos centros suelen estar bien informados de las terapias alternativas a las transfusiones de sangre. Su intención es la de colaborar para alcanzar un equilibrio entre el respeto a la autonomía y la libertad del paciente, la ética y la moral del médico, que no puede aceptar el planteamiento de estos pacientes si con ello no se atiende a una situación de urgencia vital.

Conviene tener en cuenta que la conducta del médico que decide proceder a la transfusión sanguínea del paciente aun en contra

de la voluntad del mismo, estaría amparada por el estado de necesidad justificante previsto en el Código Penal. A la vez, imponer un tratamiento en contra de la voluntad del paciente supone una lesión en el derecho a la libertad y a la dignidad de la persona.

A pesar de lo mencionado en el párrafo anterior, al médico que respete la voluntad del paciente que haya rechazado la transfusión de sangre de forma libre y formando el consentimiento correspondiente, no estaría exento de posibles requerimientos de responsabilidad penal (homicidio por omisión, omisión del deber de socorro, etc.)

Valga como ejemplo la sentencia del tribunal supremo 950/1997, en el que se examina el supuesto de exigencia de responsabilidad penal (homicidio por omisión) a los padres de un menor de edad que fallece a consecuencia de no haber practicado la transfusión de sangre, único tratamiento posible por el cuadro clínico que presentaba el propio menor, en el momento adecuado.

Sin embargo debido a la reacción del menor, que se opuso de forma violenta a la transfusión de sangre, el Tribunal Constitucional en la sentencia 154/2002 de 18 de julio se tuvo que pronunciar “*el menor fallecido... no tuviera la madurez de juicio necesaria para asumir una decisión vital, como la que nos ocupa, y dicha decisión del*

*menor no vincule a los padres respecto de la decisión que ellos, a los efectos ahora considerados, habían de adoptar” señala sin embargo que dicha reacción, “... pone de manifiesto que había en el menor unas convicciones que no podían ser desconocidas ni por sus padres, a la hora de dar respuesta a los requerimientos posteriores que le fueron hechos, ni por la autoridad judicial, a la hora de valorar la exigibilidad de la conducta de colaboración que se les pedía a estos”.*

En el momento en que el menor perdió la conciencia debido a su estado crítico, de nuevo la decisión de aceptar o no la transfusión, sólo podía solicitarse a sus padres. Y prueba de que no existen opiniones unánimes al respecto, es que el Tribunal Supremo y el Constitucional mantienen posiciones diversas sobre el mismo caso.

Mientras que para el primero, los padres son finalmente responsables del delito de homicidio por omisión (aunque con aplicación de atenuantes muy calificadas, incluso mostrándose favorable al indulto), el segundo concede a los padres del menor fallecido el amparo solicitado, considerando que aquéllos siguieron procurando las atenciones médicas al menor, intentando encontrar alternativas y aceptando la orden judicial de proceder a la práctica de la transfusión, que fue soli-

citada por los médicos del Hospital que atendió en primer lugar al menor y que fue ordenada por el Juzgado de guardia. Concluye su sentencia el Tribunal Constitucional considerando que la actuación de los padres estuvo amparada por el derecho fundamental a la libertad religiosa (artículo 16.1 C.E.) y que la sentencia del Tribunal Supremo vulneró tal derecho con sus consideraciones.

Para terminar, debido a la enorme dificultad para resolver estos casos y teniendo en cuenta la posición del médico, al tener que tomar decisiones que van más allá de sus propias funciones, se afirma que deben de ser los jueces los que han de indicar a los médicos cuál ha de ser la actuación correcta en cada caso concreto. A ello se añade la regla general marcada por el Tribunal Constitucional en la sentencia 154/2002 de 18 de julio, que entiende que “... *cuando se trata del conflicto entre derechos fundamentales, el principio de concordancia práctica exige que el sacrificio del derecho llamado a ceder no vaya más allá de las necesidades de realización del derecho preponderante*”.

El propio Tribunal Constitucional, en su Sentencia 120/1990, Fundamento Jurídico N.º 7, recuerda que “... el derecho a la vida, re-

conocido en el artículo 15 C.E., tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad, que incluya el derecho a la propia muerte... En virtud de ello, no es posible admitir que la Constitución garantice en su artículo 15 el derecho a la propia muerte...”. De nuevo el Tribunal Constitucional señala, en este caso en la Sentencia 154/2002 de 18 de julio referida a la solicitud de amparo de unos padres de un menor fallecido a causa de la negativa a aceptar transfusiones de sangre por motivos religiosos, que “en definitiva, la decisión de acometer la propia muerte no es un derecho fundamental sino únicamente una manifestación del principio general de libertad que informa nuestro texto constitucional”.

### **1.5.10 Donación de órganos**

Se trata de otro asunto que despierta un gran interés en los profesionales sanitarios y la sociedad. Hace unos años, nadie se planteaba el poder concebir un hijo con la finalidad de sanar a otro ya nacido con una enfermedad incurable

Hoy en día esta teoría ya es una realidad y es posible concebir un hijo con el anticuerpo de histocompatibilidad compatible para que pueda realizar donaciones de órganos vivos (sangre, médula...) a su hermano enfermo.

Esta posibilidad que la Ciencia ofrece, es fuente de graves problemas éticos y morales de quienes plantean concebir un hijo para salvar la vida de su hermano. Son los conocidos como *bebés medicamento*.

Una conocida película de 2009, “La decisión de Anne”, refleja fielmente la situación en la que vive una niña medicamento, destinada a someterse a continuas visitas e intervenciones médicas para ayudar a vivir a su hermana, enferma de leucemia.

La historia describe la complicada vida de la niña medicamento obligada a renunciar a su propia infancia porque sus padres decidieron por ella su destino y fue concebida con un único fin.

La legislación actual al respecto de este tema es muy clara:

En dichos casos el donante menor de edad deberá ser oído conforme prevé el artículo 9.1 de la ley orgánica 1/1996 del 15 enero de Protección Jurídica el menor <sup>(8)</sup>.

El Real Decreto 411/1996 del 1 Marzo <sup>(21)</sup> legisla lo referente a la donación de órganos en el artículo 7.2 “Los menores de edad pueden ser donantes de residuos quirúrgicos, de progenitores hematopoyéticos y de medula ósea. En estos dos últimos casos exclusivamente

para las situaciones en las que exista relación genética entre el donante y el receptor y siempre con previa autorización de los padres o tutores”.

La Disposición Adicional Segunda de la Ley 41/2002 <sup>(5)</sup>, exige a los donantes menores de edad no emancipados, el consentimiento de sus representantes legales, además del suyo propio.

En el Real Decreto 1723/2012 28 diciembre <sup>(40)</sup> se regulan las actividades de obtención, utilización y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen los requisitos de calidad y seguridad.

### **1.5.11 Drogas en la infancia**

Aunque no cabe duda de que el cannabis y la cocaína son drogas ilegales, no sólo para menores sino a cualquier edad, tal y como expresa el Plan Nacional de Drogas <sup>(41)</sup> y el Real Decreto 1116/2006 de 2 de Octubre <sup>(42)</sup>, no ocurre lo mismo con el tabaco <sup>(43)</sup> y el alcohol. Estos últimos, en España son drogas legales y accesibles tras cumplir dieciocho años. Su consumo está tan extendido, que los menores están acostumbrados a ver a adultos fumando o bebiendo. Por eso no extraña que adopten una conducta de imitación y consuman estas

drogas aun cuando por su edad, son sabedores de cometer una acción ilegal. Las consecuencias perjudiciales que esta actitud provoca con el tiempo son bien conocidas. También que cada vez se inicia el consumo a edades más tempranas.

Existen unidades sanitarias dedicadas en exclusiva al abordaje de estos problemas, siempre que el afectado lo requiera, son denominadas Unidades de Conductas Adictivas.

### **1.5.12 Tratamiento en Unidades de conductas adictivas**

Son unidades formadas por un equipo de médicos, psicólogos y administrativos, cuya función es la deshabitación y desintoxicación de drogas fundamentalmente, en las que se trata tanto a adultos como a menores de edad. Como en las demás consultas sanitarias, no se obliga a ningún paciente a que acuda, solo depende de la voluntad del interesado.

## **1.6 JUSTIFICACIÓN**

De lo expuesto hasta el momento se puede deducir indiscutiblemente que las cuestiones medico legales relativas a los menores son motivo de preocupación y polémica. Es por tanto necesario que se aborden estudios dirigidos a determinar el grado de conocimiento que

los padres tienen de los derechos y deberes de sus hijos menores, analizando asimismo el conocimiento que los sanitarios poseen sobre la legislación al respecto.

En las consultas se atiende a pacientes menores de edad con diversos problemas y que en muchas ocasiones acuden solos a la consulta sin la compañía de un adulto. Son muy frecuentes las consultas por embarazos no deseados, la solicitud de la píldora postcoital, la obligación de vacunar, procesos que requieren la petición del consentimiento informado, el derecho al secreto profesional...

Todas estas situaciones generan muchas dudas al profesional sobre la legalidad de sus actuaciones. Dudas que también afectan a los padres porque, ¿conocen el marco de la legalidad que ampara a sus hijos?

El trabajo que se va a desarrollar surge de la necesidad de determinar de una forma precisa el grado de conocimiento que tienen los padres y los profesionales sanitarios de los derechos de los menores como pacientes, con el fin de establecer medios para que el profesional sepa cómo abordar los posibles problemas que surjan al respecto.

## 2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### 2.1 HIPÓTESIS

La revisión de casos, sentencias o noticias, junto con la experiencia de la práctica diaria, es un fiel reflejo de la confusión que rodea la toma de decisiones del menor, que se agudiza cuando el asunto a tratar es su salud.

Los resultados derivados de un estudio preliminar realizado en el año 2011, en el que se trató de valorar el alcance del desconocimiento de los adultos, sobre los derechos que asisten al menor en el momento de decidir y consentir, proporciona los argumentos suficientes para la realización del presente trabajo que parte de las siguiente hipótesis:

#### 2.1.1 Primera hipótesis

Supone que el desconocimiento de los adultos sobre los derechos del menor es habitual, a pesar de que en principio, el acceso a la información del que se dispone en la actualidad, debería facilitar su difusión y comprensión.

### **2.1.2 Segunda hipótesis**

Se plantea que a pesar de lo expresado en la hipótesis primera, es necesario considerar la posibilidad de que los profesionales sanitarios -por su formación específica- muestren un mayor grado de conocimiento sobre los derechos del paciente menor, que el resto de adultos evaluados.

Cabe también esperar -y en cualquier caso debe evaluarse- posibles variaciones en relación a otras características como sexo, número de hijos, nivel de estudios o profesión.

### **2.1.3 Tercera hipótesis**

Tras el análisis de los resultados del trabajo realizado para constatar las hipótesis anteriores y en el supuesto de que estos muestren diferencias entre los grupos examinados, se debe investigar el grado de influencia de cada una de las variables, para detectar cuál o cuáles de ellas son determinante para el desconocimiento o no aceptación de los derechos del menor.

### **2.1.4 Cuarta hipótesis**

Se introduce un nuevo punto de vista que plantea como posibilidad que en algunos casos, la falta del respeto a la autonomía del pa-

ciente menor, no se deba a que los adultos desconocen o no entienden los derechos que les asisten, sino a que estos presuponen la incapacidad de sus hijos -tutelados o pacientes- para decidir.

### **2.1.5 Quinta hipótesis**

Atendiendo a los resultados obtenidos puede considerarse necesario elaborar una estrategia, con la que los adultos consigan un conocimiento sobre el tratamiento del paciente menor que respete plenamente los derechos que le asisten.

## **2.2 OBJETIVOS**

### **2.2.1 Primer objetivo**

Diseñar un procedimiento con el que evaluar el grado de conocimiento que los adultos tienen sobre los derechos de los menores, en cuanto a las decisiones sobre su salud se refiere.

### **2.2.2 Segundo objetivo**

Determinar las posibles diferencias en los resultados atendiendo en principio, a dos grupos de variables:

Las que implican directamente a los adultos encuestados, estableciendo si los profesionales sanitarios, por un lado, y los padres o

tutores, por otro, son conscientes de la capacidad de decisión que se les supone a los menores.

A su vez, en el ámbito de los profesionales sanitarios cabe analizar las posibles divergencias entre los diferentes estamentos que están implicados en el tratamiento del menor.

Seguidamente, completar el estudio valorando las posibles diferencias en los resultados obtenidos para cada grupo, atendiendo a otras variables como edad de los encuestados, sexo, número de hijos, nivel de estudios y profesión.

### **2.2.3 Tercer objetivo**

Evaluar, si es el caso, las diferencias entre los grupos examinados para establecer cuáles de las variables estudiadas, son determinantes para una mayor o menor capacidad de entender y respetar los derechos del paciente menor.

### **2.2.4 Cuarto objetivo**

Desarrollar una estrategia para analizar los diferentes puntos de vista de los encuestados, sobre la capacidad de los menores en el momento de tomar decisiones sobre su salud

### **2.2.5 Quinto objetivo**

En el caso de que los resultados obtenidos en las experiencias anteriores así lo aconsejen, proponer un protocolo de actuación dirigido a conseguir un mayor y mejor conocimiento y aceptación por parte de los adultos, de los derechos de los menores en asuntos relacionados con su salud.

### **3. MATERIAL Y MÉTODO**

#### **3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

El estudio que se ha diseñado para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación se califica como observacional descriptivo, transversal y poblacional.

Se observa el fenómeno a estudiar sin que exista ningún tipo de intervención, y se delimita tanto el periodo de duración del trabajo como la población en la que se va a desarrollar la investigación.

#### **3.2 ÁMBITO DEL ESTUDIO**

Las encuestas se han efectuado en su totalidad en el centro de salud de Vicente Clavell (Valencia), centro de salud de Manises (Manises) y en puertas de urgencias del pabellón central del Hospital Universitario La Fe (Valencia).

#### **3.3 SUJETOS A ESTUDIO**

La elección de los grupos de sujetos que serán sometidos a estudio, tiene como base los datos publicados en un trabajo previo a esta Tesis Doctoral, dedicado a la evaluación del conocimiento que los padres y tutores de los menores, sobre los derechos que a estos les asisten.

Puesto que los primeros resultados demostraban un indudable desconocimiento por parte de los padres sobre los derechos de sus hijos como pacientes, se ha considerado justificado ampliar la muestra, incluyendo en esta ocasión, a los profesionales sanitarios. De forma que en esta ocasión se ha elegido trabajar con dos grupos de sujetos. Son los que siguen:

- Profesionales no sanitarios: que incluye a los padres o tutores de los menores.
- Profesionales sanitarios: reúne al personal sanitario (médicos, enfermeros y auxiliares) que estarán en contacto con ellos cuando se encuentren en los centros médicos. Incluidos en este grupo se encuentran participantes con hijos y otros sin hijos.

### **3.4 SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Los cuestionarios se completaron durante el primer trimestre de 2010. Fueron un total de cuatrocientas encuestas a padres, que acudían con sus hijos al pediatra, y doscientas procedentes del personal sanitario de los centros anteriormente indicados.

### 3.5 VARIABLES A ESTUDIO

1. Aspectos relacionados con la autonomía del menor.
  - 1.1. Mayoría de edad sanitaria.
  - 1.2. Aplicación de tratamientos médicos sin conocimiento de los padres.
  - 1.3. Secreto profesional.
  - 1.4. La píldora del día siguiente.
  - 1.5. Interrupción voluntaria del embarazo.
  - 1.6. Consentimiento informado.
  - 1.7. Internamiento forzoso en psiquiátrico.
  - 1.8. Vacunación.
  - 1.9. Negación a recibir tratamiento.
  - 1.10. Donación de órganos.
  - 1.11. Drogas en la infancia.
  - 1.12. Unidades de conductas adictivas.
2. Características sociodemográficas.
  - 2.1. Edad y sexo.

2.2. Nivel de estudios: Se consideraron los siguientes niveles de estudio: estudios primarios, secundarios y terciarios.

2.3. Profesión: En primer lugar se dividió la muestra en profesiones sanitarias y no sanitarias. Estas últimas se subclasificaron en tres grupos: auxiliares, enfermería y médicos.

### **3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS**

Tras obtener previamente, como es preceptivo, el permiso de los centros donde se pretende desarrollar la investigación, se ha seguido el esquema de trabajo que se describe seguidamente:

#### **3.6.1 Estudio sobre padres y tutores**

Los potenciales participantes en el estudio fueron debidamente informados sobre el contenido del mismo, sus objetivos y el procedimiento a seguir, solicitando su colaboración voluntaria. Asimismo se respondió a todas las cuestiones que consideraron necesario plantear. Este primer contacto estableció en todos los casos, tras concluir la consulta médica a la que habían acudido.

Una vez hubieron expresado su aceptación a participar, se les proporcionó el documento en el que explícitamente se expresa que

han recibido toda la información necesaria sobre la investigación, así como su consentimiento para la futura publicación de los datos y resultados que de ésta deriven (documentos que constan en los anexos 1 y 2)

### **3.6.2 Estudio sobre personal sanitario**

Los potenciales participantes recibieron la necesaria información durante los periodos programados para su descanso, dentro de la jornada laboral. El grupo integra auxiliares administrativos, auxiliares de enfermería, enfermeros, médicos residentes de diferentes años y médicos adjuntos. Tras comentar exhaustivamente el contenido del estudio, sus objetivos y el procedimiento que se va a seguir, se solicitó su participación voluntaria.

Asimismo, tras esta primera toma de contacto, se proporcionó a aquellos profesionales que aceptaron colaborar, el documento en el que explícitamente expresan que han recibido toda la información necesaria sobre la investigación, así como su consentimiento para la futura publicación de los datos y resultados que de ésta deriven (documentos que constan en los anexos 1 y 2)

### 3.6.3 Técnica de evaluación para la investigación

Los datos necesarios para la elaboración del estudio, se han obtenido haciendo uso de la técnica de evaluación mediante encuesta aplicada mediante entrevista personal. La selección de este procedimiento se fundamenta en la posibilidad que ofrece para obtener la información buscada de forma rápida y eficaz.

Está generalmente aceptado que los cuestionarios realizados por entrevista personal, siempre que se realicen por encuestadores adecuadamente entrenados, evitan las influencias de terceras personas. Esto se debe principalmente a que el entrevistado ha de contestar en el acto. Como ventaja añadida se encuentra el que se obtiene un mayor porcentaje de respuestas a las preguntas comparado con realizar los cuestionarios sin que exista encuestador personal.

La primera etapa del trabajo se dedicó al diseño del cuestionario al que fueron sometidos los sujetos de investigación. Se comenzó con la necesaria selección de las cuestiones que se pretendía plantear.

Con ese fin y para conseguir reunir aquellas con las que lograra evaluar de forma efectiva a cada grupo de trabajo, se abordó la necesaria revisión bibliográfica, encaminada a detectar aquellos asuntos

que con más frecuencia plantean conflicto o confusión. Tras la búsqueda y posterior examen de los resultados se seleccionaron distintas cuestiones que deberían conformar la encuesta.

A la hora de su redacción se puso especial cuidado en que todas las preguntas fueran cortas y sencillas. Se elaboraron un total de catorce, con tres posibles respuestas cada una.

Para la evaluación de las características sociodemográficas se introdujeron cuestiones referentes a la edad, sexo, número de hijos, estudios y profesión de los encuestados. Son los datos con los que se tratará evaluar posibles diferencias significativas, dependientes de estas características

El encuestador previamente a comenzar la realización de la encuesta debía señalar que las cuestiones formuladas hacían referencia a los conocimientos sobre leyes que el entrevistado poseía, y no a su opinión personal al respecto de las cuestiones.

Los cuestionarios se han corregido mediante una plantilla que selecciona la respuesta correcta.

Como resultado del proceso descrito el cuestionario definitivo quedó diseñado tal como se muestra a continuación.

CUESTIONARIO SOBRE LA AUTONOMÍA DEL MENOR.  
CONOCIMIENTO SOBRE LA LEGISLACIÓN EN MENORES. TESIS  
DOCTORAL.

Edad:

Sexo: (V / H)

¿Tiene hijos?

Edad de los hijos

Estudios: (Primarios / Secundarios / Terciarios)

Profesión:

1. ¿A qué edad puede una persona decidir por sí misma en lo que se refiere a su salud?
  - a. A los 12 años
  - b. A los 16 años**
  - c. A los 18 años
  
2. ¿Deben ir los menores de 16 años siempre acompañados de los padres al médico?
  - a. Sí, porque los padres son responsables
  - b. No, siempre y cuando el menor sea maduro**
  - c. En función de lo que le ocurra al menor
  
3. ¿Se les puede y/o debe aplicar un tratamiento -no de urgencia- sin que los padres tengan constancia de ello a los menores de 16 años?
  - a. Sí, porque nunca se puede negar la asistencia
  - b. Sí, porque vienen pidiendo ayuda y no es necesario que los padres tengan constancia de ello

- c. Sí, si es mayor de 12 años y maduro no es necesario que los padres tengan constancia**
4. ¿Hasta dónde llega el secreto profesional al trabajar con un menor de 16 años?
- a. Igual que en un mayor de edad
- b. Igual que en un mayor de edad pero con excepciones**
- c. No tienen derecho a que se guarde el secreto profesional
5. Si los padres están divorciados ¿Se debe informar a los dos ante una atención sanitaria de sus hijos?
- a. Si, si ambos mantienen la patria potestad**
- b. Sólo al padre que tenga la custodia legal
- c. No es necesario informar a ninguno
6. ¿Se les puede dar anticonceptivos hormonales (como tratamiento ACO) a menores de 16 años?
- a. No, sin el consentimiento de los padres o responsables legales
- b. Sí, si es mayor de 13 años
- c. Sí, si es mayor de 13 años y maduro**
7. ¿Puede solicitar una menor de 16 años una interrupción voluntaria del embarazo?
- a. Sí, sin el consentimiento paterno, si se cree que los padres pueden coaccionarla para que no lo realice**
- b. No, no es necesario el consentimiento paterno

- c. No es necesario en ningún caso, con la aprobación de la nueva ley
8. ¿Quién firma el consentimiento de los menores de 16 años maduros?
- a. Ellos mismos
- b. Ellos mismos, pero informando a sus representantes legales**
- c. Los padres o el representante legal
9. ¿Se puede internar forzosamente a un menor en un centro psiquiátrico?
- a. No, hay que escuchar al menor y si es maduro no se debe internar
- b. Sí, con la autorización paterna o del representante legal es suficiente
- c. Sí, pero además de la autorización paterna o del representante legal es necesaria la autorización judicial**
10. ¿Es obligatorio el cumplimiento del calendario de vacunación?
- a. Sí, es un acto imprescindible en la salud del menor
- b. No, pero es recomendable y obligatorio para la escolarización
- c. Sí, siempre y cuando sean casos de epidemia o pandemia**
11. ¿Se puede negar un menor de 16 años a un tratamiento?
- a. No, siempre y cuando sus padres o tutores legales estén de acuerdo con el tratamiento

- b. No, aunque tenga 16 años cumplidos y no sea un tratamiento imprescindible
  - c. Se valorará sus opiniones y el la gravedad de la situación y en caso de ser necesario a pesar de la negativa se administrará el tratamiento con autorización judicial**
12. ¿Se puede realizar la donación de órganos en vida de un hermano a otro sin su consentimiento?
- a. Sí, mandan los padres o representantes legales
  - b. No, aún con su consentimiento
  - c. Sí, siempre y cuando no haya negación, y el trasplante se realice de tejidos vivos y con todas las garantías para el donante**
13. ¿Sabe cuáles son las drogas ilegales para los menores de 18 años?
- a. Tabaco y alcohol
  - b. Cannabis y cocaína
  - c. Todas las anteriores**
14. Ante una sospecha de consumo de drogas de sus hijos ¿Sabe dónde debe dirigirse?
- a. Asistente social
  - b. Pediatra de zona
  - c. Médico de UCA (Unidad de Conductas Adictivas)**

## Anexo 1: HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título del estudio:

### **LA EDAD COMO CONDICIONANTE DEL DERECHO: EL CASO DEL PACIENTE MENOR**

#### **¿En qué consiste el estudio? ¿Cuáles son los objetivos?**

Le invitamos a participar en un estudio cuyo objetivo es establecer el conocimiento que los adultos poseen sobre el derecho de los menores, respecto a temas de salud. Además de analizar de si existen diferencias en el grado de conocimiento teniendo en cuenta si los participantes son profesionales dedicados a la rama sanitaria o no.

En este estudio participarán aproximadamente 600 personas, 400 de ellas serán padres que acudan a la consulta del pediatra con sus hijos, y las otras 200 son profesionales sanitarios

#### **¿Cómo se realizará el estudio?**

Si decide participar, le realizaremos una encuesta anónima, en las que nos tendrá que informar sobre su edad, sexo, nivel de estudios y profesión, previamente a la realización del cuestionario, que está compuesto por 14 preguntas.

Una vez terminado el cuestionario, si tiene dudas al respecto de las preguntas realizadas, o curiosidad sobre la legislación en determinada puntos de los derechos de los menores, se le facilitará la encuesta con la pregunta correcta y la explicación de la misma (anexo 3).

### **Confidencialidad y Protección de Datos de Carácter Personal**

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal <sup>(11)</sup>, los datos personales que se le solicitan son los necesarios para realizar los objetivos del estudio. En ningún cuestionario aparecerá su nombre. El acceso a la información quedará restringido al personal designado al estudio, que está obligado a mantener la confidencialidad de la información.

Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y a la comunidad científica a través de publicaciones y congresos.

Ante cualquier duda que tuviera mientras participe en el estudio, puede dirigirse a:

Nombre del investigador:

Dirección:

Teléfono:

## Anexo 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

D/D<sup>a</sup> (nombre y apellidos) .....

He leído la hoja de información que se me ha entregado

He podido realizar preguntas sobre el estudio

He hablado con el investigador (nombre y apellidos) .....

He tenido tiempo para considerar mi participación en el estudio

Mi participación es voluntaria

Comprendo que mi participación es voluntaria, que me puedo retirar cuando quiera, sin dar explicaciones

Entiendo los objetivos del estudio y el uso que se va a dar a los datos que de él deriven.

En consecuencia presto mi consentimiento para participar en el estudio

Fecha.....

Firma del participante .....

Fecha.....

Firma del investigador.....

### Anexo 3: CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO

#### 1. ¿A qué edad puede una persona decidir por sí misma en lo que se refiere a su salud?

Respuesta correcta: **b** (A los 16 años)

La Ley 41/2002 <sup>(5)</sup>, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos en su artículo 9.3, expresa que *“Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación”*. Da a entender entonces que se considera los dieciséis años como la mayoría de edad en cuanto a decisiones relacionadas con la salud se refiere.

Sin embargo, se deberá tener en cuenta que existen excepciones a la norma. En dicho artículo también se hace referencia que ante caso de actuaciones de grave riesgo el médico actuará según su criterio, aunque los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta.

Atendiendo a la ley se establecen tres grupos de edad:

- Menores de doce años, para los que la decisión depende de sus padres o tutores.

- Entre doce y dieciséis, cuando el médico será el responsable de valorar la madurez de su paciente, determinando si lo considera capaz de decidir o por el contrario, son los adultos los que deben hacerlo por él.
- A partir de dieciséis años el paciente puede decidir por sí mismo, sin contar con la opinión de los padres, aunque no hay que olvidar las indicaciones incluidas en la Ley 41/2002 <sup>(5)</sup> sobre las actuaciones de grave riesgo.

## **2. ¿Deben ir los menores de 16 años siempre acompañados de los padres al médico?**

Respuesta correcta: **b** (No, siempre y cuando el menor sea maduro)

No es necesario que los menores de 16 años vayan siempre acompañados de sus padres al médico. La Ley 41/2002 <sup>(5)</sup> da cobertura a la aplicación de un tratamiento médico (no de urgencia) a un menor de 16 años sin el consentimiento de sus padres o representantes.

Por lo tanto, queda a criterio del facultativo determinar si el menor tiene o no madurez suficiente para otorgar el consentimiento por sí mismo, atendiendo al tipo de intervención de que se trate.

**3. ¿Se les puede y/o debe aplicar un tratamiento -no de urgencia- sin que los padres tengan constancia de ello a menores de 16 años?**

Respuesta correcta: **c** (Sí, si es mayor de 12 años y maduro no es necesario que los padres tengan constancia)

Son válidos los mismos argumentos que se han usado en las cuestiones anteriores. Cuando el menor tiene más de 12 años, y se ha constatado que tiene la madurez suficiente, se puede y se debe facilitarle tratamiento sin que los padres tengan constancia de ello, con las excepciones que marca la norma legal.

**4. ¿Hasta dónde llega el secreto profesional al trabajar con un menor?**

Respuesta correcta: **b** (Igual que en un mayor de edad pero con excepciones)

El secreto profesional viene regulado por la Ley Orgánica 15/1999 <sup>(11)</sup>, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (artículos 4-8).

Existe cierta confusión respecto al secreto profesional cuando se trata de menores. Esto se debe a una aparente contradicción entre diferentes normas legales. Por una parte en el artículo 197 del Código

Civil <sup>(6)</sup> se recoge que es “delito descubrir y revelar secretos de un menor de edad, sólo se podrá descubrir o revelar por un estado de necesidad”. Además se debe defender su derecho a la intimidad (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal <sup>(11)</sup>). Por otra se debe considerar el derecho a la patria potestad que está recogido en el Código Civil, por el que los padres tienen ciertos derechos sobre sus hijos.

Es evidente que pueden entrar en conflicto dos derechos y el profesional sanitario será quien deberá decidir cómo actuar para preservarlos en lo posible, procurando siempre velar por el bien de su paciente y dejando reflejada su decisión en la historia clínica.

#### **5. Si los padres están divorciados ¿Se debe informar a los dos ante una atención sanitaria de sus hijos?**

Respuesta correcta: **a** (Sí, si ambos mantienen la patria potestad)

Se debe informar a los progenitores que tengan la patria potestad del niño, no importando a quien corresponda la custodia del mismo.

Para responder la cuestión de forma correcta se debe recordar que en estos casos la patria potestad puede ejercerla uno de los progenitores o ambos.

La patria potestad únicamente se retiraría en determinadas circunstancias que vienen descritas en el capítulo V Código Civil de la Protección del niño <sup>(6)</sup>.

**6. ¿Se les puede dar anticonceptivos hormonales (como tratamiento anticonceptivo) a menores de 16 años?**

Respuesta correcta: **c** (Sí, si es mayor de 13 años y maduro)

En principio y como se incluye el término tratamiento, serán válidos los argumentos que han quedado suficientemente explicados anteriormente.

Por otra parte y centrándose en el caso de la píldora del día siguiente, como se ha comentado anteriormente, tras la reforma de la dispensación de la píldora del día siguiente en Septiembre del 2009 se autoriza a los farmacéuticos a despachar dicha medicación a menores de 16 años, sin autorización paterna y sin receta médica.

**7. ¿Puede solicitar una menor de 16 años una interrupción voluntaria del embarazo?**

Respuesta correcta: **a** (Sí, sin el consentimiento paterno, si se cree que los padres pueden coaccionarla para que no lo realice)

Desde que entró en vigor el 5 de Julio de 2010 la nueva Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Ley Orgánica 2/2010 <sup>(19)</sup>, se establecen dos rangos de edad para la Interrupción voluntaria del embarazo:

- Las menores de dieciséis años, que siempre necesitan el consentimiento paterno o de sus representantes legales.
- Las mujeres de edad comprendida entre los dieciséis y los dieciocho años. En este caso el consentimiento para la IVE les corresponde exclusivamente a ellas, pero sus padres o representantes legales deben ser informados. Sin embargo la mencionada ley también contempla prescindir de dar esta información cuando la menor alegue que esta decisión le provoca un conflicto grave, sufriendo coacciones, amenazas o malos tratos.

#### **8. ¿Quién firma el consentimiento de los menores de 16 años maduros?**

Respuesta correcta: **b** (Ellos mismos, pero informando a sus representantes legales)

Son los propios menores los que deben firmar el consentimiento informado y que los padres solo deben ser concedores de ello.

El artículo 9 de la Ley 41/2002 <sup>(5)</sup> regula el consentimiento por representación en aquellos casos en los que el paciente este incapacitado legalmente o por el estado en el que se encuentra, en el que es incapaz de comprender el nivel de la intervención que se le va a realizar.

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.

### **9. ¿Se puede internar forzosamente a un menor en un centro psiquiátrico?**

Respuesta correcta: **c** (Sí, pero además de la autorización paterna o del representante legal es necesaria la autorización judicial)

Se puede internar forzosamente a un menor en un centro psiquiátrico, sin embargo el internamiento forzoso es una medida extraordinaria y excepcional, y que queda limitada en el tiempo, quedando

sin efecto nada más desaparezcan las causas que lo motiven. (Artículo 763 del código civil de la Ley 1/2000 “Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”) <sup>(21)</sup>

Para que el internamiento resulte efectivo, se tiene que constatar la necesidad desde el punto terapéutico para el afectado, así como el peligro que podría ocasionar a terceros.

La autorización judicial debe ser previa al internamiento, sólo se procederá al internamiento sin que se haya emitido la autorización judicial cuando existan motivos para que el internamiento sea inmediato, en cuyo caso el responsable ha de dar explicaciones antes de que pasen veinticuatro horas desde que se lleva a cabo, ya que la ratificación por parte del Juez se ha de producir en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

## **10. ¿Es obligatorio el cumplimiento del calendario de vacunación?**

Respuesta correcta: **c** (Sí, siempre y cuando sean casos de prevención secundaria)

La vacunación es un acto recomendable pero no obligatorio.

En el artículo 3 de la Ley Orgánica 3/86 <sup>(20)</sup> se pone de manifiesto que las autoridades pueden tomar cualquier tipo de medida que estimen oportuna (como podría ser la vacunación) para preservar la salud pública cuando exista constatación de que la salud pública se encuentra en peligro. Se permite adoptar dichas medidas en casos de epidemias o situaciones límite. Y dichas medidas serán temporales cuando desaparezcan las causas que las propiciaron.

El conflicto reside en saber cuándo se está en un caso de riesgo para la salud pública.

Debido a que el hecho de no vacunarse no implica un riesgo general hacia el resto de la sociedad, la obligación de vacunarse es ilegal y vulnera el derecho a la libertad personal, la integridad física y la intimidad personal, (artículo 18.1 de la Constitución Española) <sup>(22)</sup> Por tanto prevalece el derecho a no vacunarse y que tal decisión sea tomada por los padres, que en definitiva tienen la obligación de velar por la salud y educación de sus hijos.

### **11. ¿Se puede negar un menor a un tratamiento?**

Respuesta correcta: **c** (Se valorará sus opiniones y la gravedad de la situación y en caso de ser necesario a pesar de la negativa, se administrará el tratamiento con autorización judicial)

Un menor se puede negar a un tratamiento según expresa el artículo 2.4 de la Ley 41/2002 <sup>(5)</sup>, pero hay excepciones.

Será necesario evaluar si corre peligro la vida del paciente. Cuando la respuesta sea negativa se respetará la decisión del menor, pero si es afirmativa se valorará la urgencia del tratamiento. Ante el estado de necesidad y la negativa del paciente será el juez quien decida.

En caso de que sean sus padres los que se nieguen, se evaluará la madurez del menor. Si se le considera maduro, será él quien dé el consentimiento.

Ante la duda se determinará si es imprescindible la actuación sanitaria para la salud. En caso de que sea urgente, se actuará, aun en contra de la voluntad de los padres (Estado de necesidad), pero si la atención sanitaria no es urgente se recurrirá al juez, quien tomara la decisión pertinente.

## **12. ¿Se puede realizar la donación de órganos en vida de un hermano a otro sin su consentimiento?**

Respuesta correcta: **c** (Sí, siempre y cuando no haya negación, y el trasplante se realice de tejidos vivos y con todas las garantías para el donante)

Será necesario que no haya negación por parte del menor y se deberá contar además con la autorización de los padres o tutores (R.D. 411/1996 del 1 Marzo en el Art. 7.2) <sup>(25)</sup>

### **13. ¿Sabe cuáles son las drogas ilegales para los menores de 18 años?**

Respuesta correcta: **c** (Tabaco, alcohol, cannabis y cocaína)

En el Real Decreto 1116/2006 <sup>(29)</sup>, se clasifica como drogas ilegales el cannabis y la cocaína sin condiciones. Sin embargo no se ha legislado en los mismos términos el consumo de tabaco y alcohol, ya que a partir de los dieciocho años, son drogas consideradas legales.

### **14. Ante una sospecha de consumo de drogas de sus hijos ¿Sabe dónde debe dirigirse?**

Respuesta correcta: **c** (Médico de UCA, Unidad de Conductas Adictivas)

Son unidades formadas por un equipo de médicos, psicólogos y administrativos, cuya función es la deshabituación y desintoxicación de drogas, fundamentalmente. En ellas estas unidades se trata tanto a adultos como a menores de edad.

Como en las demás consultas sanitarias, no se obliga a ningún paciente a que acuda, solo depende de la voluntad del interesado.

### 3.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el manejo y estudio estadístico de los datos se continuaron los sucesivos pasos:

- Codificación de las respuestas emitidas por los participantes a cada una de las preguntas.
- Creación de una base estadística mediante el Programa SPSS (v.19).
- Depuración de datos: se realizaron análisis preliminares para detectar datos incompletos en las variables codificadas.
- Análisis descriptivo de los datos de las diferentes variables (ver tabla 1): como son el sexo, la profesión, la edad, el nivel de estudios, la filiación, etc. Tras estudiar la distribución de las variables en la muestra, se investigó la asociación entre el carácter de las contestaciones a los diferentes ítems del cuestionario y las variables mencionadas. Se estudió la normalidad de la distribución de variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Para valorar estas asociaciones se dicotomizó las respuestas al cuestionario en correctas e incorrectas.

Cuando se trató de estudiar la posible asociación entre las variables cuantitativas continuas y el carácter de las respuestas se utilizaron test de ANOVA y T de Student, en caso de respetarse la normalidad de la distribución así como test de regresión logística. En caso de no normalidad se utilizó la prueba de H de Kruskal-Wallis. Por otro lado, para investigar posibles asociaciones entre las respuestas y variables cualitativas se realizó el test de Ji-Cuadrado. El riesgo de encontrar una respuesta correcta o incorrecta fue estimado mediante modelos de regresión logística, calculando la Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95%.

En todos los casos, se realizaron, tanto análisis crudos como ajustados por covariables. El nivel de significación fue considerado cuando  $p < 0.05$ .

### 3.7.1 Métodos estadísticos

El test de **Kolmogorov-Smirnov**, es una prueba de significación estadística no paramétrica <sup>(44)</sup> que permite medir el grado de concordancia existente entre la distribución de un conjunto de datos y una distribución teórica.

Se puede seleccionar una o más variables numéricas (que han de ser continuas).

Para contrastar la hipótesis nula de bondad de ajuste, la prueba de K-S se basa en la comparación de distribución empírica  $F(X_i)$  y una función de distribución teórica  $F_0(X_i)$ .

Para obtener la función de distribución empírica  $F(X_i)$  se comienza ordenando los valores de  $X_i$  de forma ascendente (desde  $X_1$  a  $X_n$ ). Así la función de distribución empírica para cada valor de  $X_i$  se obtiene:  $F(X_i) = i/n$  ( $i$  se refiere al rango correspondiente a cada observación).

La forma de calcular la distribución teórica depende de la distribución concreta propuesta en la hipótesis. Si la distribución propuesta es uniforme, la función de distribución teórica para cada valor de  $X_i$  se obtiene así:  $F_0(X_i) = (X_i - X_{(1)}) / (X_{(n)} - X_{(1)})$ .

Una vez conocidas las distribuciones empírica y teórica, el estadístico K-S se calcula a partir de la diferencia  $D_i$ , más grande existente entre  $F(X_i)$  y  $F_0(X_i)$ :

$$Z_{K-S} = \max \{ D_i \sqrt{n} \}$$

La **T student**, es una prueba de significación estadística paramétrica <sup>(42)</sup>, que se utiliza para la comparación de dos medias de poblaciones independientes y normales (dependientes) sabiendo que la población dependiente tiene una distribución normal. Previamente se

ha de especificar el intervalo de confianza, que es la probabilidad que se está dispuesto a aceptar (generalmente se utiliza  $p < 0.05$ ). La variable independiente sólo puede tener dos niveles, por ejemplo si se refiere al sexo cabría la opción hombre o mujer.

La aplicación del contraste paramétrico requiere la normalidad de las observaciones para cada uno de los grupos. La comprobación de esta hipótesis puede realizarse tanto por métodos gráficos (por medio de histogramas, diagramas de cajas o gráficos de normalidad) como mediante tests estadísticos, como el T student. Un número suficiente de observaciones (mayor de 30) justifica la utilización del mismo test.

Bajo las hipótesis de normalidad e igual varianza la comparación de ambos grupos puede realizarse en términos de un único parámetro como el valor medio.

El t test para dos muestras independientes se basa en el estadístico:

$$t = \frac{\bar{X} - \bar{Y}}{\sqrt{\frac{(n-1)\hat{S}_1^2 + (m-1)\hat{S}_2^2}{n+m-2} \sqrt{\frac{1}{n} + \frac{1}{m}}}} \quad (1)$$

Dónde  $\bar{X}$  e  $\bar{Y}$  denotan el valor medio en cada uno de los grupos.

Si la hipótesis de partida es cierta el estadístico (1) seguirá una distribución t de Student con  $(n+m-2)$  grados de libertad). De ser así, el valor obtenido debería estar dentro del rango de mayor probabilidad según esta distribución.

Generalmente se toma como referencia el rango de datos en el que se concentra el 95% de la probabilidad. El valor-p que usualmente obtiene la mayoría de paquetes estadísticos no es más que la probabilidad de obtener, según esa distribución, un dato más extremo que el que proporciona el test. Asimismo, muestra la probabilidad de obtener los datos observados si fuese cierta la hipótesis inicial. Si el valor-p es muy pequeño (generalmente se considera  $p < 0.05$ ) es poco probable que se cumpla la hipótesis de partida y se debería de rechazar. La región de aceptación corresponde por lo tanto a los valores centrales de la distribución para los que  $p > 0.05$ .

En el caso que la variable independiente tuviera más de dos niveles se utilizaría otro test, que será el Test Anova (siempre bajo el supuesto de normalidad).

El **Test Anova** es un análisis de la varianza para determinar si las diferencias que existen entre las medias de tres o más grupos son

estadísticamente significativas. Se basa en comprobar si las medias de la muestra difieren más de lo que cabría esperar.

Se trata de una generalización de la prueba T de Student para dos muestras independientes con más de dos muestras

La estrategia para poner a prueba la hipótesis de igualdad de medias consiste en obtener un estadístico, llamado  $F$ , que refleja el grado de parecido existente entre las medias que se están comparando.

El numerador del estadístico  $F$  es una estimación de la varianza poblacional basada en la variabilidad existente entre las medias de cada grupo:  $\tilde{\sigma}_1^2 = n\tilde{\sigma}_{\bar{Y}}^2$  El denominador del estadístico  $F$  es también una estimación de la varianza poblacional, pero basada en la variabilidad existente dentro de cada grupo:  $\tilde{\sigma}_2^2 = \bar{S}_j^2$  ( $j$  se refiere a los distintos grupos del factor):

$$F = \frac{\tilde{\sigma}_1^2}{\tilde{\sigma}_2^2} = \frac{n\tilde{\sigma}_{\bar{Y}}^2}{\bar{S}_j^2}$$

Si las medias poblacionales son iguales, las medias muestrales serán parecidas, existiendo entre ellas tan sólo diferencias atribuibles al azar, en este caso, la estimación  $\tilde{\sigma}_1^2$  (basada en las diferencias de las medias) reflejará el mismo grado de variación que la estimación  $\tilde{\sigma}_2^2$

(basado en las diferencias entre las puntuaciones individuales) y el cociente  $F$  tomará un valor aproximado al 1. Si las medias muestrales son distintas, la estimación  $\tilde{\sigma}_1^2$  reflejará mayor grado de variación que la estimación  $\tilde{\sigma}_2^2$  y el cociente  $F$  tomará un valor mayor que 1. Cuanto más diferentes sean las medias, mayor será el valor de  $F$ .

La **prueba H de Kruskal-Wallis** es la alternativa no paramétrica <sup>(45)</sup> del método Anova, es decir, sirve para contrastar la hipótesis en la extracción de las muestras, no haciendo referencia a ninguna de las otras condiciones adicionales de normalidad necesarias para la aplicación del test paramétrico Anova.

Al igual que las demás técnicas no paramétricas, ésta se apoya en el uso de los rangos asignados a las observaciones.

Para la exposición de este contraste, se supone que se tiene  $k$  muestras.

El número total de elementos en todas las muestras es:

$$N = n_1 + n_2 + \dots + n_k$$

La hipótesis a contrastar es:

$$\begin{cases} H_0: \text{Las } k \text{ muestras provienen de la misma población} \\ H_1: \text{Alguna proviene de una población con mediana diferente a las demás} \end{cases}$$

Se ordenan las observaciones de menor a mayor, asignando a cada una de ellas un valor (1 para la menor y N para la mayor)

Para cada una de las muestras, se calcula  $R_i$ ,  $i = 1, \dots, k$  como la suma de los rangos de las observaciones que les corresponden. Si  $H_0$  es falsa, cabe esperar que esas cantidades sean muy diferentes.

Se calcula el estadístico:

$$H = \frac{12}{N(N+1)} \sum_{i=1}^k \frac{R_i^2}{n_i} - 3(N+1)$$

El **Test de Regresión Logística** es un instrumento estadístico de análisis bivariado o multivariado, de uso tanto explicativo como predictivo <sup>(46)</sup>. Su empleo es útil cuando se tiene una variable dependiente dicotómica (un atributo cuya ausencia o presencia se ha puntuado con los valores cero y uno, respectivamente) y un conjunto de  $m$  variables predictoras o independientes, que pueden ser cuantitativas (que se denominan covariables o covariadas) o categóricas. En este último caso, se requiere que sean transformadas en variables ficticias o simuladas (“*dummy*”).

El objetivo esencial es el de predecir cómo influye en la probabilidad de aparición de un suceso generalmente dicotómico, la presencia o no de diversos factores y el valor de los mismos.

Cuanto más coincidan los estados pronosticados con los estados reales de los sujetos, mejor ajustará el modelo. Uno de los primeros indicadores de importancia para apreciar el ajuste del modelo logístico es el doble logaritmo del estadístico de verosimilitud (*likelihood*). Se trata de un estadístico que sigue una distribución similar a  $\chi^2$  y compara los valores de la predicción con los valores observados en dos momentos: (a) en el modelo sin variables independientes, sólo con la constante y (b) una vez introducidas las variables predictoras. Por lo tanto, el valor de la verosimilitud debiera disminuir sensiblemente entre ambas instancias e, idealmente, tender a cero cuando el modelo predice bien.

La **Odds ratio** es una medida de asociación para variables nominales dicotómicas, que permiten estimar con un nivel de intervalo de confianza la probabilidad de que un grupo de individuos (dentro de nuestro estudio) conteste correctamente a la pregunta. Esta medida es un análisis de riesgo para ver la probabilidad de que la contestación correcta no sea debida al azar comparando dos grupos, sabiendo siempre cual es la variable que se estudia y cuál es el resultado, para poder interpretarlo, ya que la Odds ratio no tiene una interpretación absoluta, siempre es relativa.

La Odds ratio es una razón de probabilidades, carece de unidades. El valor nulo para la OR es el 1, que implica que los dos grupos a comparar son iguales. Su valor es de 0 a infinito.

$$OR = OR \text{ grupo} / OR \text{ grupo a comparar}$$

**Chi-Cuadrado** es una prueba que nos permite averiguar en una muestra si la distribución empírica de una variable categórica se ajusta o no a una determinada distribución teórica. Esta hipótesis de ajuste se pone a prueba empleando un estadístico diseñado para comparar frecuencias de hecho obtenidas en una muestra concreta (frecuencias observadas:  $n_i$ ) con las frecuencias que deberíamos encontrar si la variable realmente siguiera la distribución teórica propuesta en la hipótesis nula (frecuencias esperadas:  $m_i$ ):

$$X^2 = \sum_i \frac{(n_i - m_i)^2}{m_i}$$

La frecuencia esperada de  $m_i$  se obtiene multiplicando la probabilidad teórica de cada categoría  $\pi_i$  (la que corresponde a cada categoría de acuerdo a la hipótesis nula) por el número de casos válidos:  $n \pi_i$ . Si no existen casillas vacías y el número de frecuencias esperadas menores de 5 no superan el 20% del total de frecuencias esperadas, el estadístico  $X^2$  se distribuye según el modelo de probabilidad

de chi-cuadrado con  $k-1$  grados de libertad (donde  $k$  se refiere al número de categorías de la variable cuyo ajuste se está intentando evaluar).

### 3.7.2 Análisis de datos

En cada una de las catorce preguntas formuladas se analizó cuál de las tres opciones fue la más contestada y con qué porcentaje se contestó correctamente.

Se dicotomizaron las respuestas en correctas e incorrectas.

**SEXO:** Además de estudiar la asociación de respuestas con el sexo, también se estudió en esta variable el porcentaje de respuestas obtenidas en las tres opciones existentes.

**EDAD:** En la variable edad se estratificó la muestra en intervalos de edad en tres subgrupos, de 21-40 años, de 41-60 años y mayores de 60 años. Sin embargo para poder realizar el análisis de riesgo se dicotomizó la muestra de edad en mayor o menor de la media.

**FILIACIÓN:** Se analizó las respuestas en función de si los participantes tenían hijos o no con el test correspondiente.

**PROFESIÓN DE LOS PADRES:** Se realizó una comparación entre los profesionales sanitarios y los no sanitarios. Dentro de la submuestra de profesionales sanitarios, se estudió el porcentaje de respuestas contestadas correctamente en función de las distintas profesiones sanitarias analizadas en nuestro estudio (auxiliar, enfermería y médicos).

Para realizar un análisis de riesgo dentro de los profesionales sanitarios se dicotomizó las profesiones sanitarias en médicos y no médicos.

**ESTUDIOS:** La muestra se dividió en No Universitarios, que corresponde a los individuos que dentro de nuestro estudio poseen estudios primarios y secundarios, y Universitarios, que pertenece a los individuos con estudios terciarios.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

La tabla 1, muestra la distribución de las principales variables de la muestra.

	Mujer	P	Hombre
Edad promedio (años) (x±DS)	38,364 ± 8,61	P = 0,090	39,98 ± 8,41
Filiación n (%)	412 ..... (85,2%)	P = 0,362	188 ..... (86,7%)
0 Hijos	61 ..... (14,8%)	P = 0,865	25 ..... (13,3%)
1 Hijo	165 ..... (40,0%)		78 ..... (41,5%)
2 Hijos	156 ..... (37,9%)		74 ..... (39,4%)
3 ó más hijos	30 ..... (7,3%)		11 ..... (5,9%)
Estudios universitarios n (%)	412 ..... (54,9%)	P = 0,342	188 ..... (53,7%)
Primarios	64 ..... (15,5%)	P = 0,624	25 ..... (13,3%)
Secundarios	122 ..... (29,6%)		62 ..... (33,0%)
Terciarios	226 ..... (54,9%)		101 ..... (53,7%)
Profesion sanitaria n (%) total	155 ..... (37,6%)	P = 0,503	62 ..... (32,9%)
Auxiliar	43 ..... (10,4%)	P = 0,503	16 ..... (0,5%)
Enfermero	67 ..... (16,3%)		22 ..... (11,7%)
Médico	45 ..... (10,7%)		24 ..... (12,2%)

Tabla 1. Distribución de las variables de la muestra.

En esta tabla se describen algunas de las variables a estudio en cada uno de los sexos: filiación, estudios universitarios y profesión sanitaria.

En cuanto a la edad, se realizó el promedio de edad en cada uno de los grupos, para comprobar que no existiera ningún tipo de sesgo que tuviera que ver con la misma.

## 4.2 ANÁLISIS POR PREGUNTAS

### Ante la pregunta número uno

¿A QUÉ EDAD PUEDE UNA PERSONA DECIDIR POR SÍ MISMA EN LO QUE SE REFIERE A SU SALUD?

- a. A los 12 años.
- b. A los 16 años.
- c. A los 18 años.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA B.

El porcentaje global de contestación correcta al primer ítem fue del 40%.

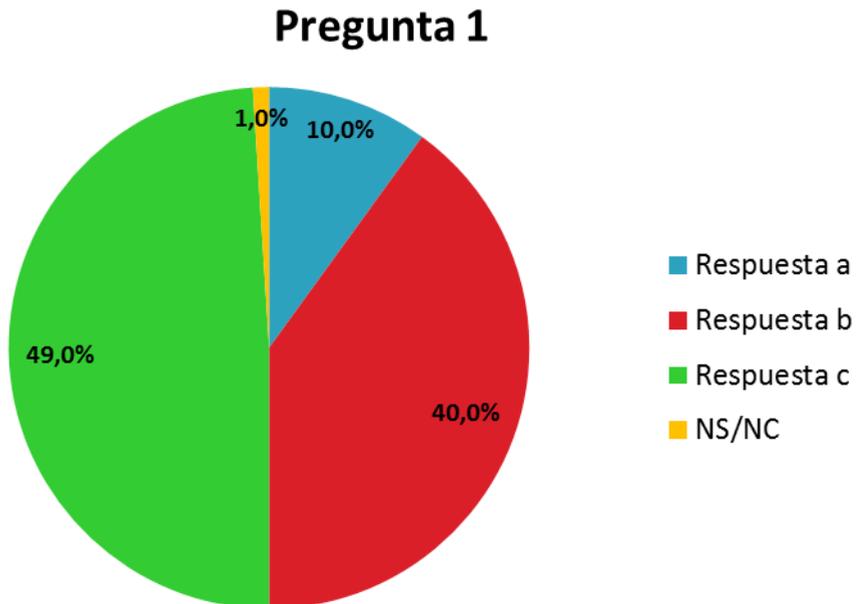


Figura 1.1. Porcentaje de contestaciones por opción a la pregunta 1.

La mayoría de los participantes que contestaron de forma incorrecta eligieron como opción la c (a los 18 años) (Figura 1.1).

## SEXO

Observando los porcentajes de respuesta al ítem uno por sexos, las diferencias entre los aciertos no alcanzan significación estadística, un 43,8% de hombres contestaron correctamente frente a un 38,6% de mujeres. ( $p=0,137$ ) (Figura 1.2).

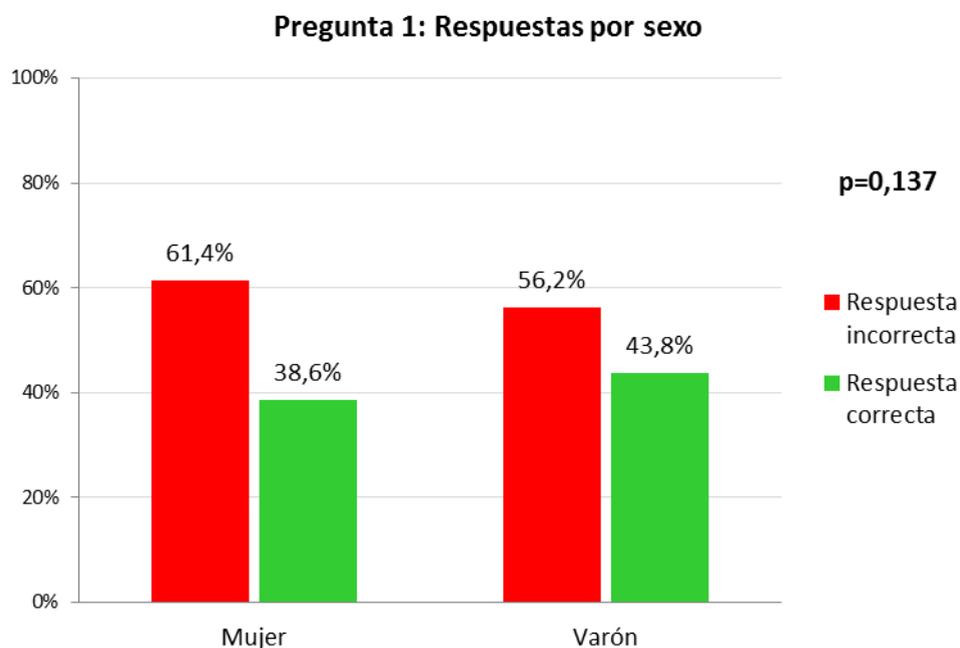
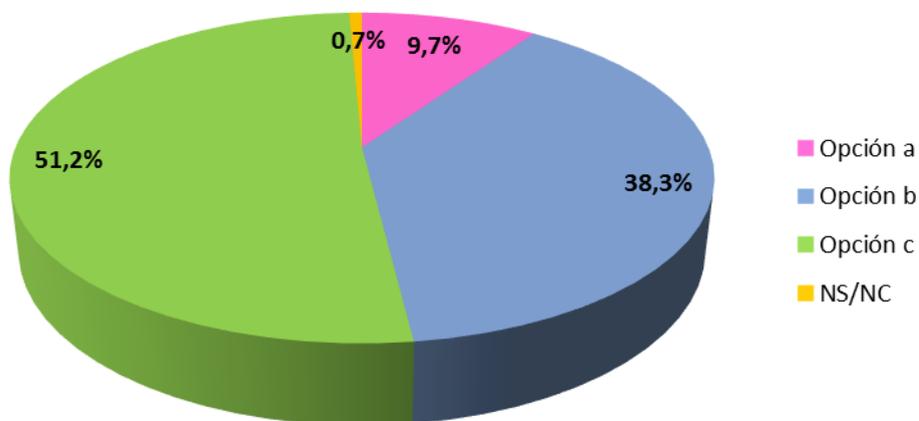


Figura 1.2. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por sexo a la pregunta 1.

El análisis de riesgo controlado por factores de confusión permaneció no significativo. (OR: 0,800; IC95%:0,558-1,146;  $p=0,223$ ).

En la Figura 1.3 observamos qué opciones fueron las más elegidas en función del sexo. Las mujeres se decantaron mayoritariamente por la opción c (a los 18 años), por otro lado las respuestas de los varones estuvieron más igualadas entre la opción b (a los 16 años) y la c (a los 18 años).

**Pregunta 1: Opciones respondidas (Mujer)**



**Pregunta 1: Opciones respondidas (Varón)**

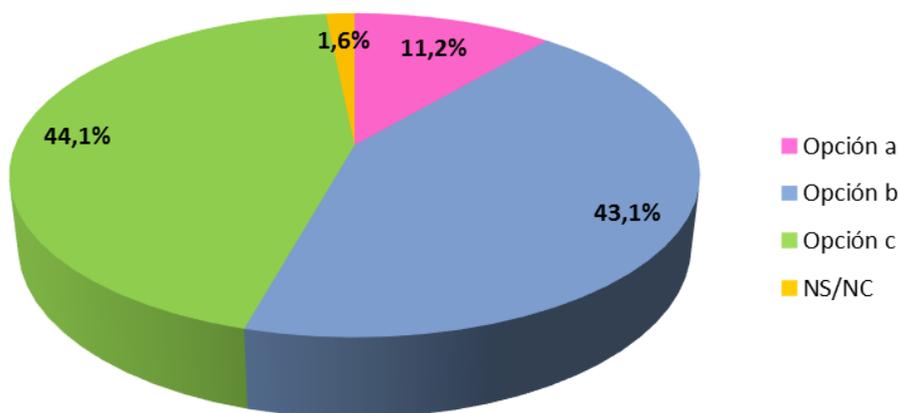


Figura 1.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto cuando se estratificó la muestra por intervalos de edad. Aun así el grupo que mayor porcentaje de éxito mostró ante la pregunta número uno es el estrato de edades comprendidas entre los 41-60 años, con un 42,4 % de aciertos. ( $p=0.684$ ).

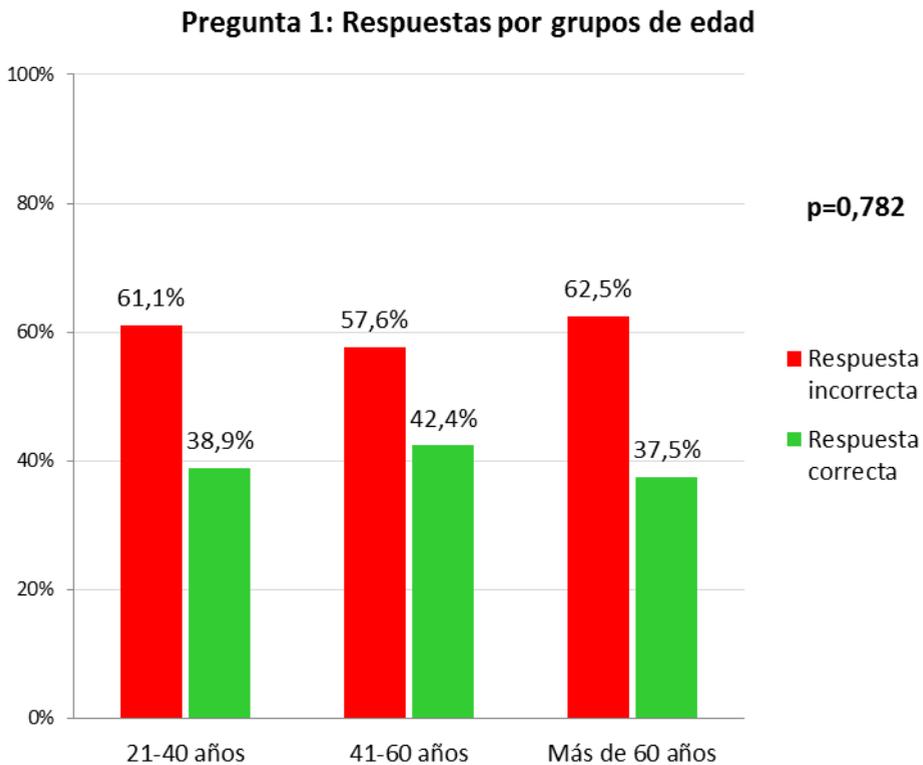


Figura 1.4. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del estrato de edad.

Dicotomizando la muestra por edad en mayor o menor de la media, no se obtuvieron resultados significativos. (OR: 1,279; IC95%: 0,670-2,439;  $p=0,456$ ) (Figura 1.4).

## HIJOS

El estudio reveló que existieron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de acierto entre los participantes que tenían hijos y los que no.

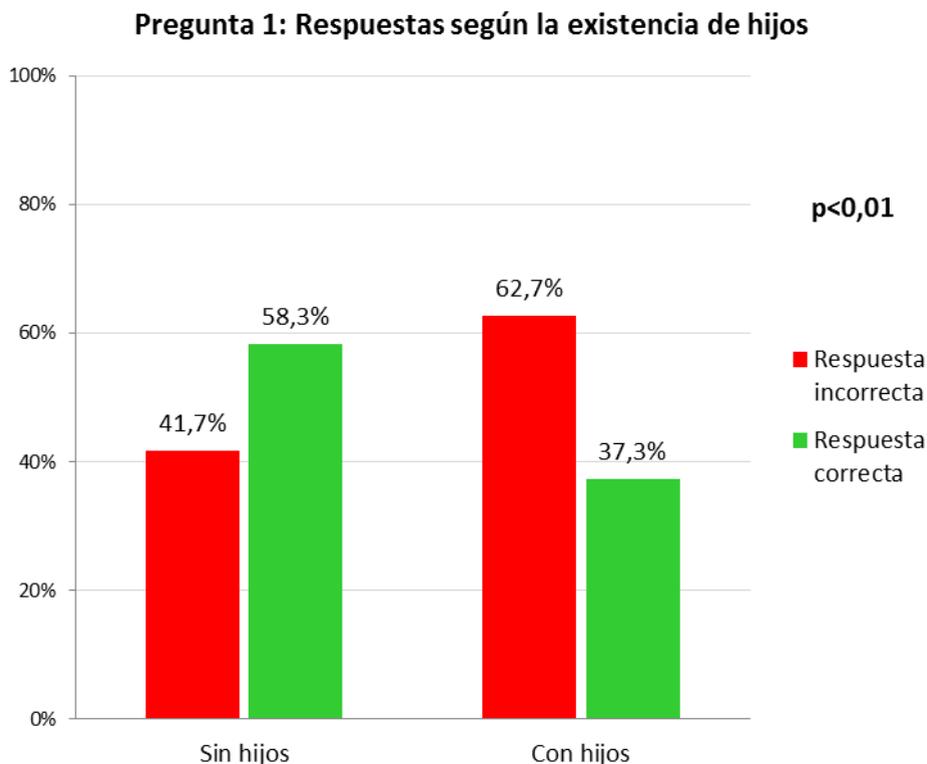


Figura 1.5. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de los hijos.

Así, un 58,3% de los individuos sin hijos contestaron correctamente frente a un 37,3% de los participantes con hijos (Figura 1.5). Los individuos sin hijos duplicaban la probabilidad de contestar correctamente a esta pregunta. (OR=2,247; IC 95%:1,309-3,856; p =0,003).

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 1.6 se observa la comparación en el porcentaje de aciertos entre profesionales sanitarios y no sanitarios. Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes.

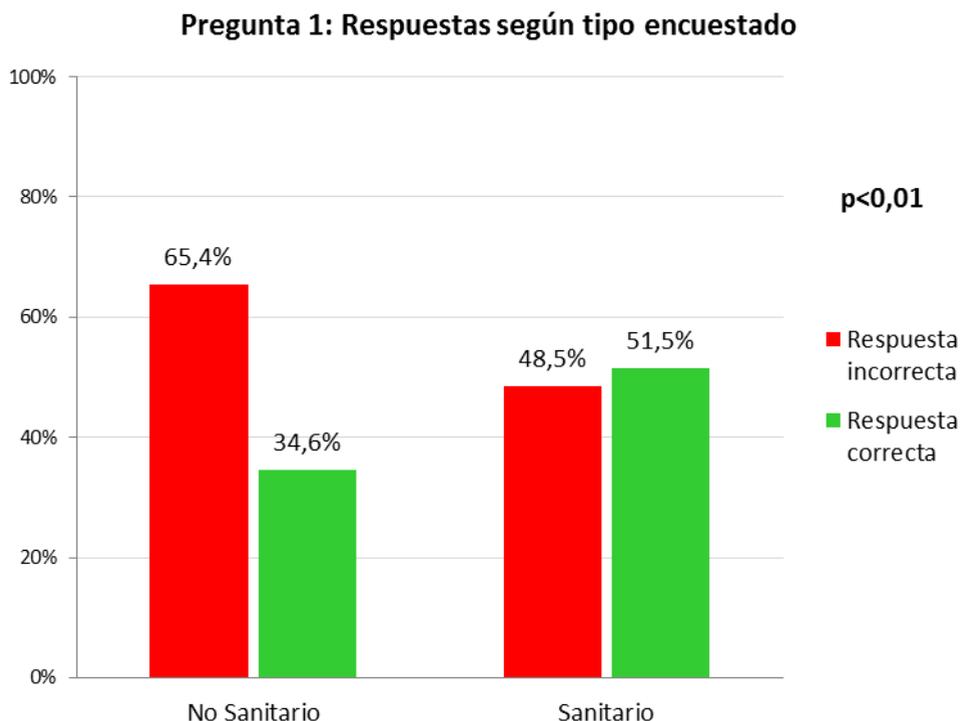


Figura 1.6. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

Así contestaron correctamente un 34,6% de los pertenecientes al grupo de profesiones no sanitarias frente a un 51,5% del grupo sanitario.

El análisis de riesgo mantuvo la significación estadística una vez controlado los factores de confusión (OR: 0.711; IC95%: 0,179-0,892;  $p=0,025$ ).

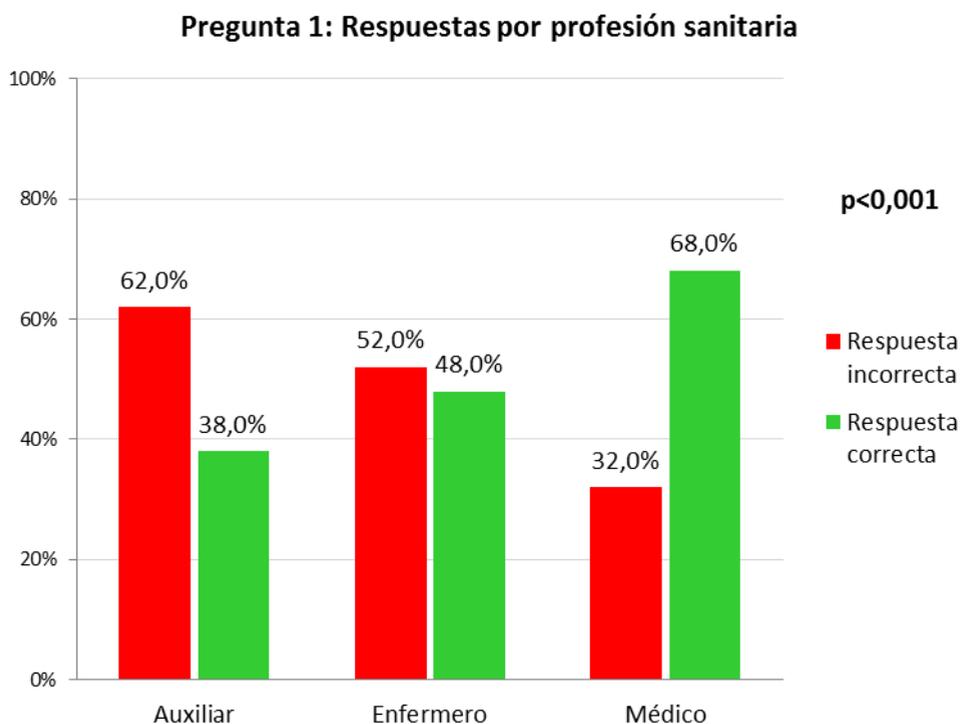


Figura 1.7 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

La Figura 1.7 muestra los porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado. Se observa que los médicos fueron los que contestaron con mayor acierto con un 68% ( $p<0,01$ ).

Cuando se dicotomizó las profesiones sanitarias en médicos y no médicos, obtuvimos que los médicos duplicaban las posibilidades de acierto. (OR: 2,150; IC95%:1,063-4,35;  $p=0.033$ ).

## UNIVERSITARIOS

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto entre el grupo de universitarios frente a no universitarios (Figura 1.8).

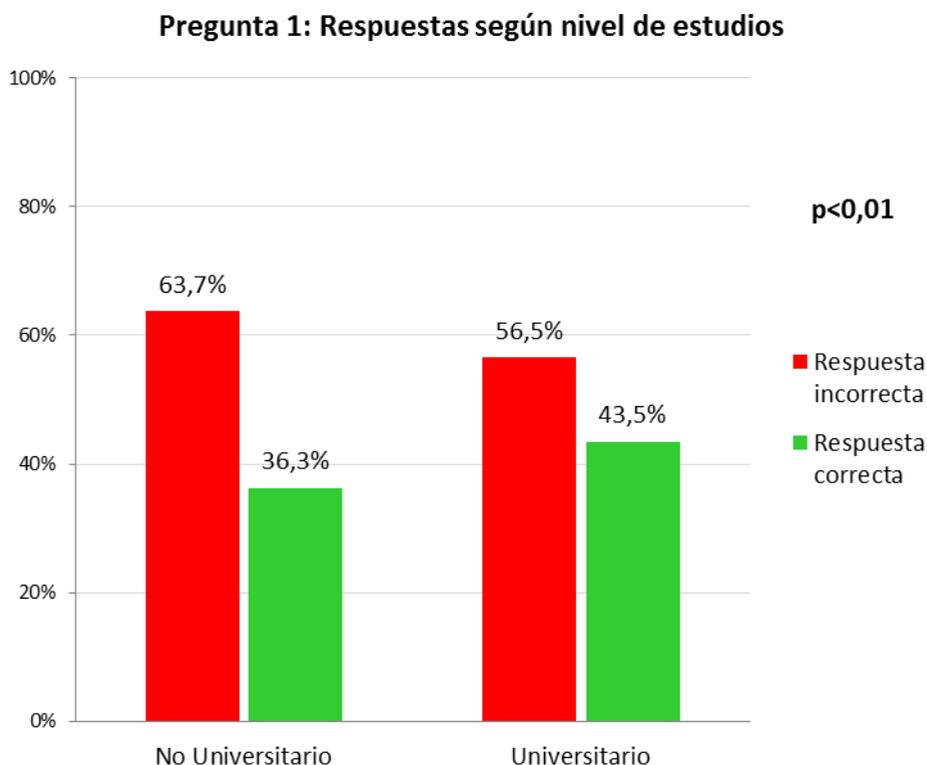


Figura 1.8. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del nivel de estudios.

Así los universitarios contestaron de forma correcta en mayor porcentaje (43,5%).

Al realizar el análisis de riesgo controlando los factores de confusión no se mantuvo el nivel de significación. (OR: 0,992; IC95%: 0,681-1,444;  $p=0,966$ ).

## Ante la pregunta número dos

¿DEBEN IR LOS MENORES DE 16 AÑOS SIEMPRE ACOMPAÑADOS DE LOS PADRES AL MÉDICO?

- a. Sí, porque los padres son responsables.
- b. No, siempre y cuando el menor sea maduro.
- c. En función de lo que le ocurra al menor.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA B.

El porcentaje global de contestación correcta al segundo ítem fue de 20%. La mayoría de los participantes que contestaron eligieron la opción a. (Sí, porque los padres son responsables) (Figura 2.1).

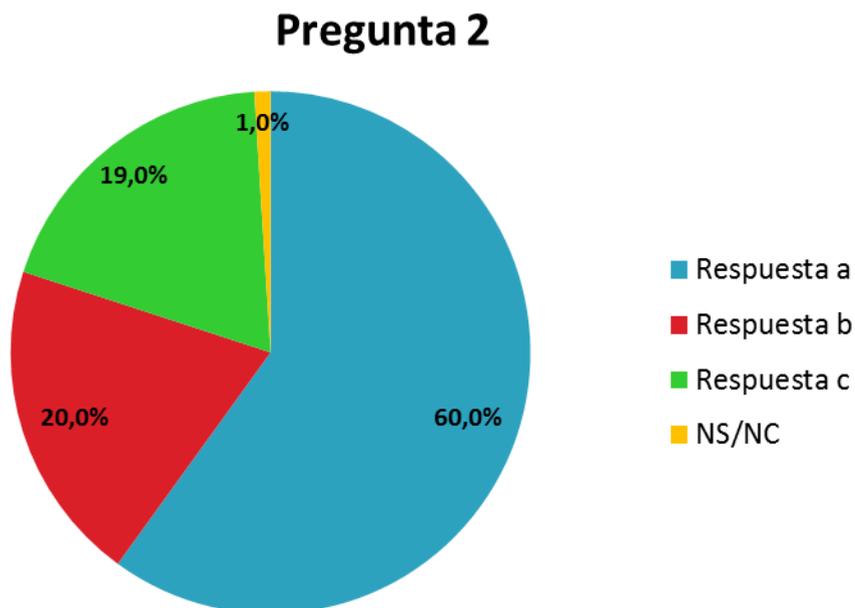


Figura 2.1 Porcentaje de contestaciones por opción a la pregunta 2

## SEXO

No hubo diferencias estadísticamente significativas cuando se estratificó la muestra por sexo (Figura 2.2). ( $p=0,324$ )

El análisis de riesgo controlado por factores de confusión mantuvo el nivel de significación. (OR: 1,133; IC 95%: 0,832-3,249;  $p=0,152$ ).

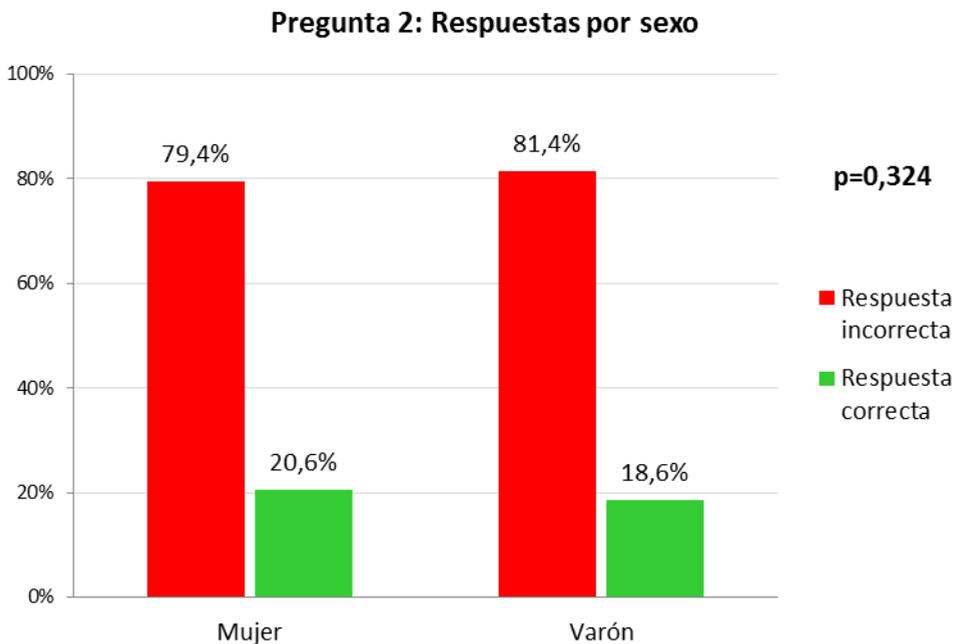
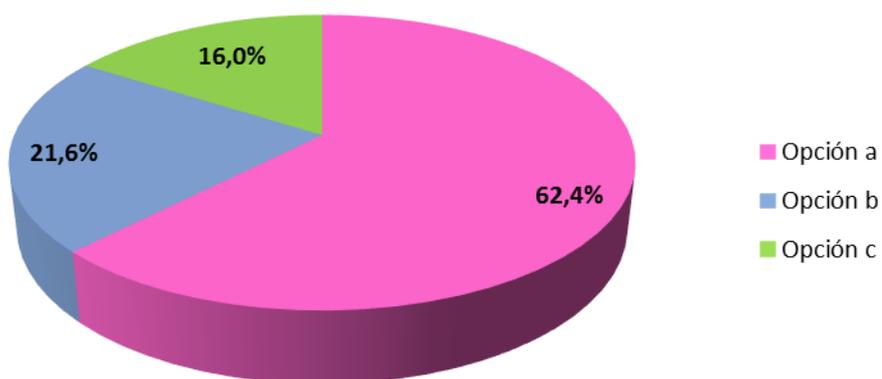


Figura 2.2 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por sexo

En la Figura 2.3 se muestra que opciones fueron las elegidas en función del sexo.

En ambos sexos los porcentajes de elección en las respuestas fueron muy similares, inclinándose en ambos grupos de forma mayoritaria por la opción a (Si, porque los padres son responsables).

#### Pregunta 2: Opciones respondidas (Mujer)



#### Pregunta 2: Opciones respondidas (Varón)

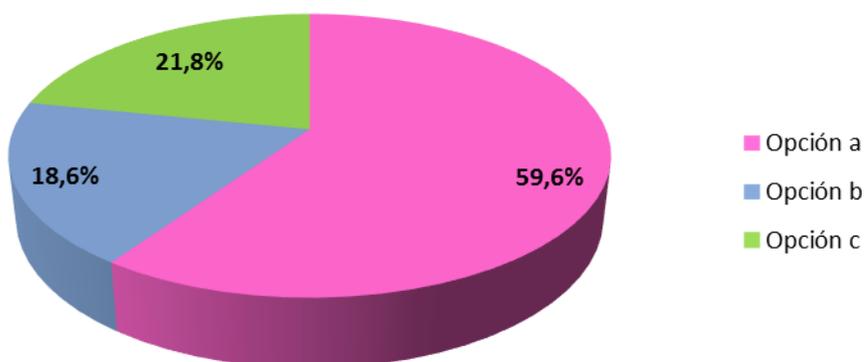


Figura 2.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

Analizando los porcentajes de respuesta al ítem dos por grupos de edad, la diferencias de aciertos no alcanzan significación estadística ( $p=0,782$ ).

Los grupos de edad comprendidos entre los 21-40 años y el grupo de 40-60 años han obtenido porcentajes similares en aciertos, alrededor de un 20%( Figura 2.4). (OR: 1,083; IC 95%:0,690-1,699;  $p=0.730$ ).

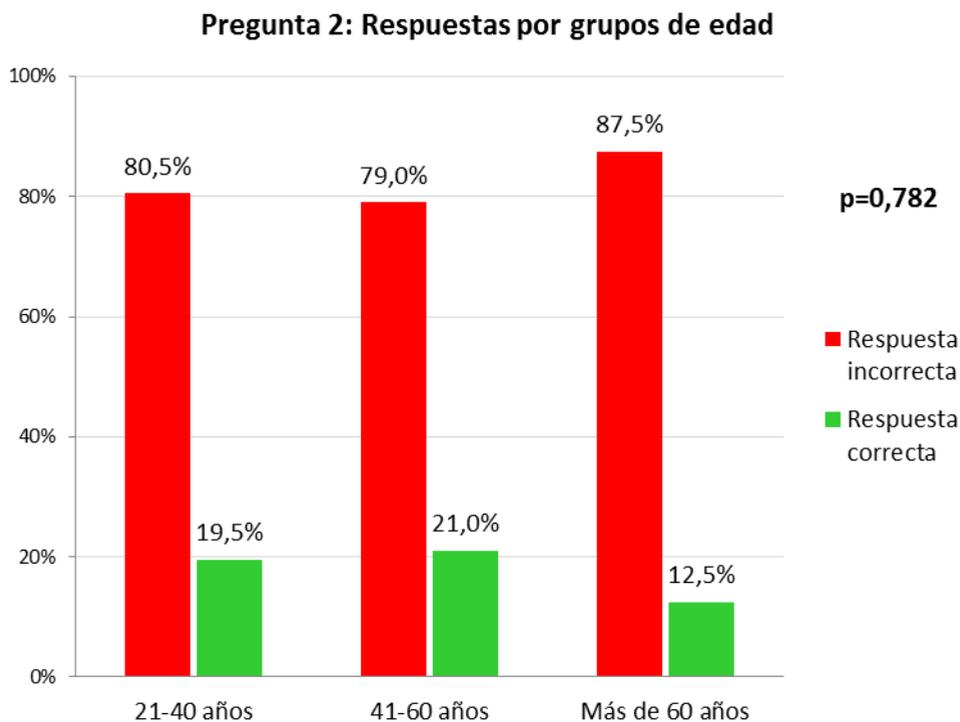


Figura 2.4. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función del estrato de la edad.

## HIJOS

El estudio reveló que existen diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de aciertos entre los participantes que tenían hijos y los que no. Un 31,4% de los participantes sin hijos contestaron correctamente frente a un 18,10% de los participantes con hijos. ( $p < 0,01$ ) (Figura 2.5).

Sin embargo al realizar el análisis de riesgo controlado por factores de confusión no se mantuvo el nivel de significación. (OR: 0,608; IC 95%:0,308-1,202;  $p = 0,152$ ).

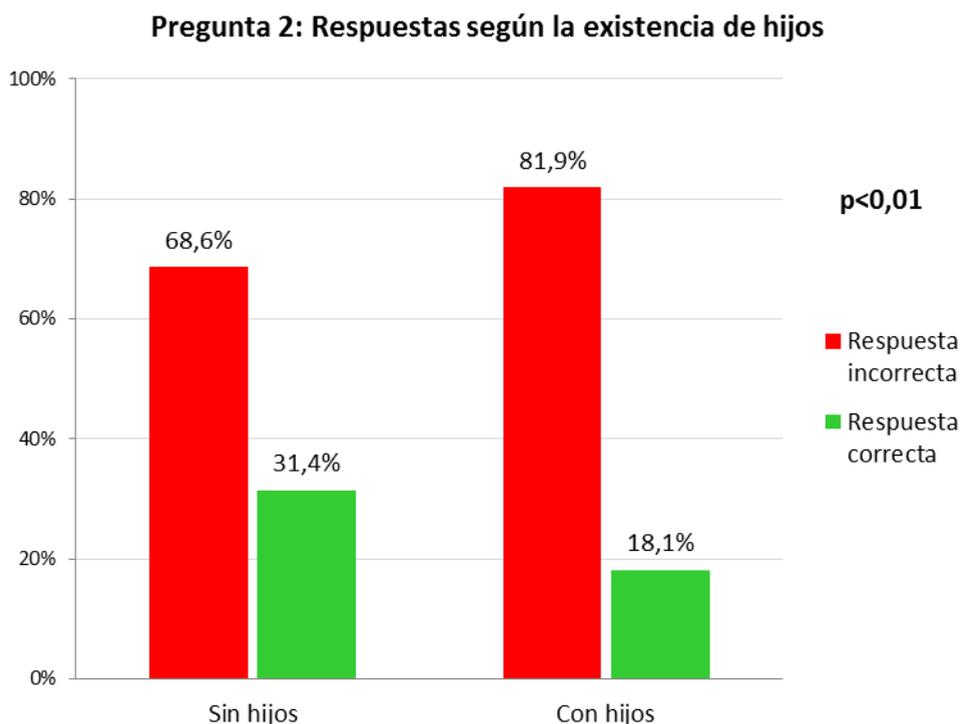


Figura 2.5 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de la existencia de hijos.

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 2.6 se observa la comparación en el porcentaje de aciertos entre profesionales sanitarios y no sanitarios.

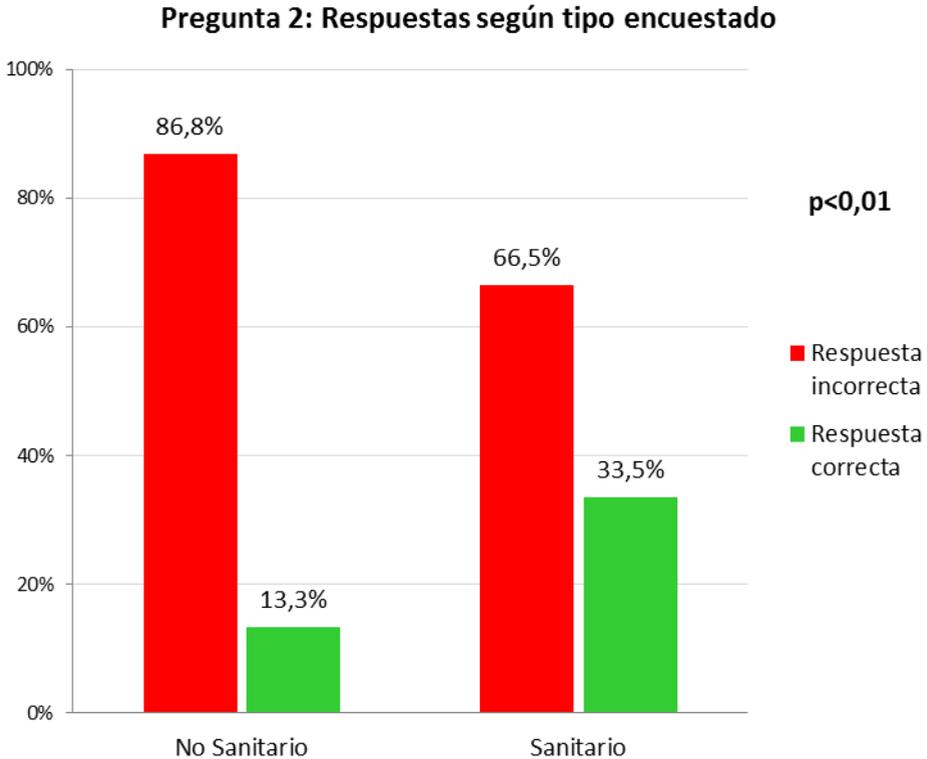


Figura 2.6 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

Un 13,30% de participantes pertenecientes al grupo de profesiones no sanitarias contestaron con éxito frente a un 33,5% de profesionales sanitarios. ( $p < 0,01$ ). El análisis de riesgo mantuvo la significación estadística una vez controlado los factores de confusión (OR: 0,121; IC95% 0,043-0,345;  $p < 0,001$ ).

La figura 2.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado.

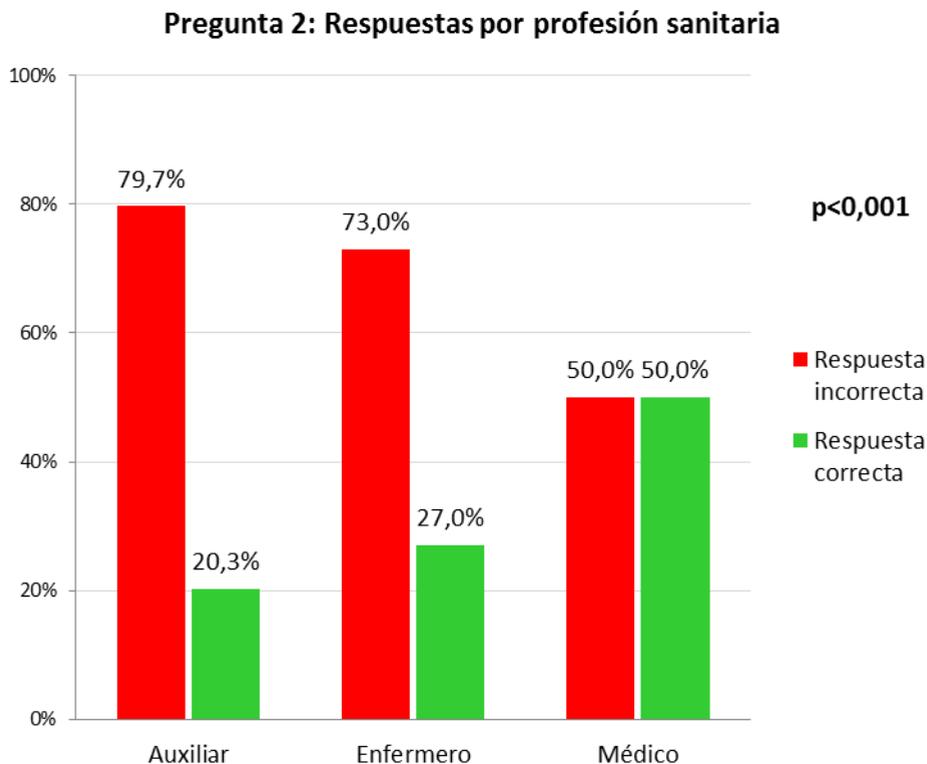


Figura 2.7 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

Se observa que el grupo de los médicos fueron los que contestaron con mayor acierto con un 50%.

Al dicotomizar las categorías sanitarias en médicos y no médicos, obtuvimos que los médicos triplicaban las posibilidades de contestar con éxito. (OR: 2,914; IC95%:1,390-6,11;  $p=0,005$ ).

## UNIVERSITARIOS

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto entre el grupo de universitario frente al grupo de no universitarios (Figura 2.8). Así los universitarios contestaron de forma correcta en mayor porcentaje (25,4%).

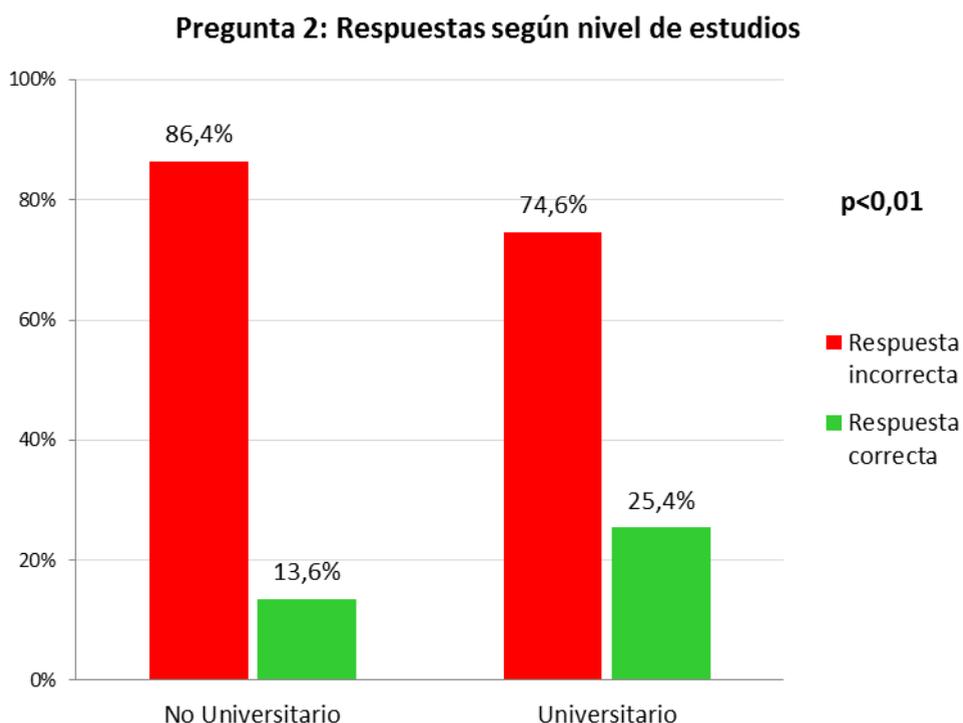


Figura 2.8 Porcentaje de contestaciones correctas en función del nivel de estudios.

Sin embargo al realizar el análisis de riesgo controlando por factores de confusión no se mantuvo el nivel de significación. (OR: 0,769; IC 95% 0,463-1,275;  $p=0,308$ ).

### Ante la pregunta número tres

¿SE LES PUEDE Y/O DEBE APLICAR UN TRATAMIENTO –NO DE URGENCIA- SIN QUE LOS PADRES TENGAN CONSTANCIA DE ELLO A LOS MENORES DE 16 AÑOS?

- Sí, porque nunca se puede negar la asistencia.
- Sí, porque vienen pidiendo ayuda y no es necesario que los padres tengan constancia de ello.
- Sí, si es mayor de 12 años y maduro no es necesario que los padres tengan constancia.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA C.

El porcentaje global de contestación correcta al tercer ítem fue de 30%.

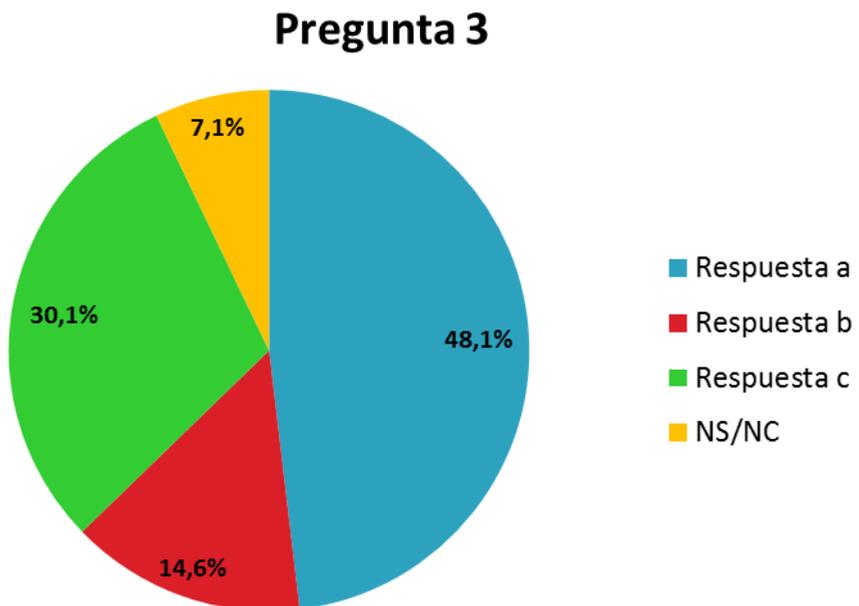


Figura 3.1. Porcentaje de contestaciones correctas a la pregunta 3.

La mayoría de los participantes que contestaron de forma incorrecta eligieron como opción la a (sí, porque nunca se puede negar la asistencia) (Figura 3.1).

## SEXO

Observando los porcentajes de respuesta al ítem tres por sexos, las diferencias entre los aciertos no alcanzan significación estadística. Contestaron de forma correcta aproximadamente el mismo porcentaje de hombres que mujeres ( $p=0,368$ ) (Figura 3.2).

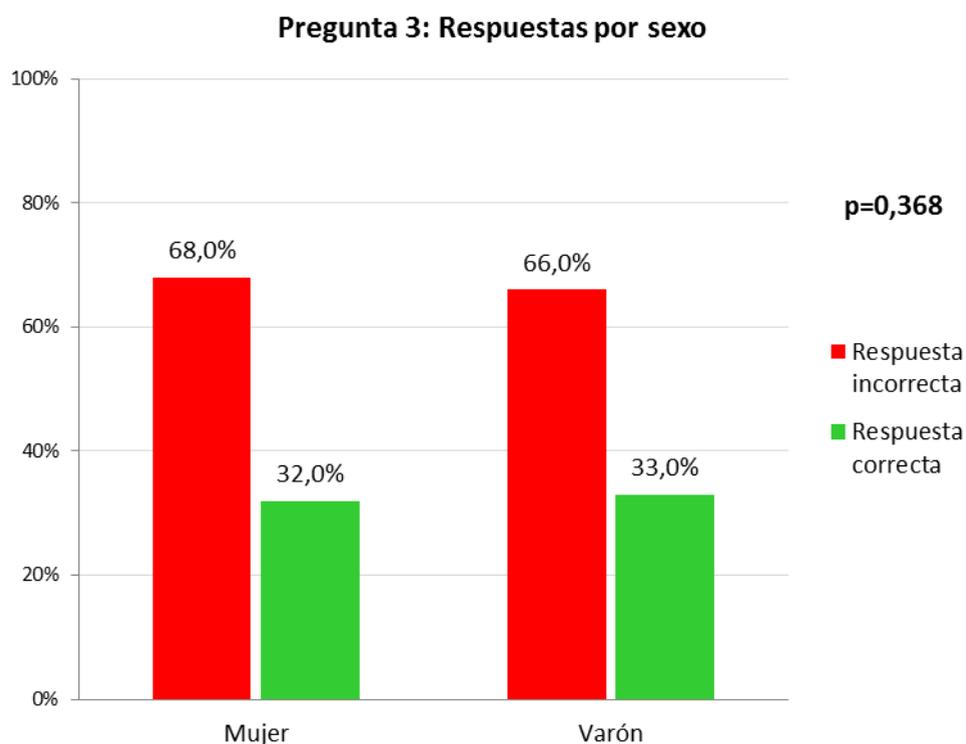
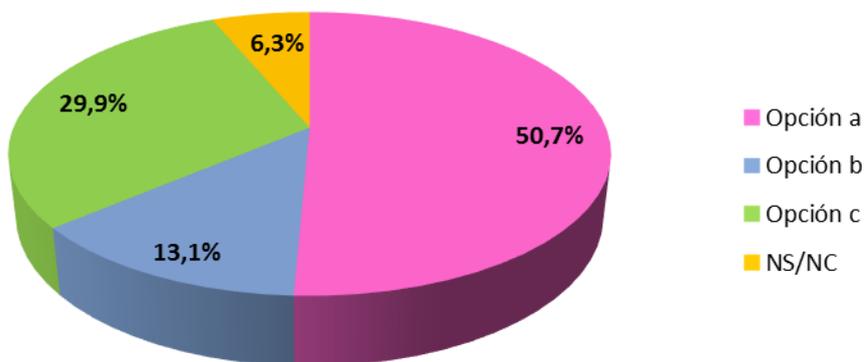


Figura 3.2. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por sexo a la pregunta 3.

El análisis de riesgo controlado por factores de confusión permaneció no significativo (OR: 0,902; IC 95%: 0,612-1,3244; p=0,601).

**Pregunta 3: Opciones respondidas (Mujer)**



**Pregunta 3: Opciones respondidas (Varón)**

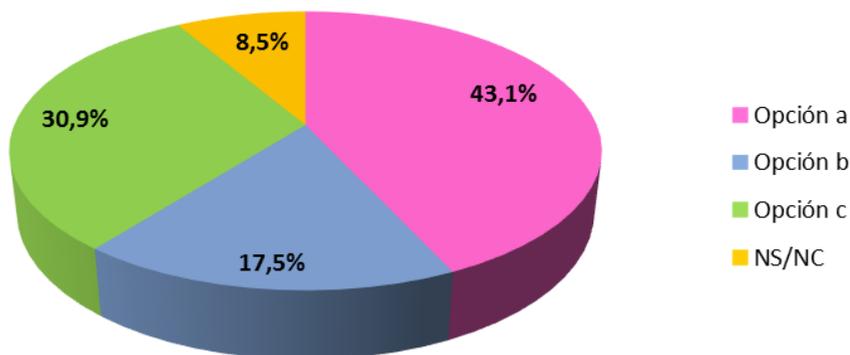


Figura 3.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

En la Figura 3.3 observamos que opciones fueron las más elegidas en función del sexo. Las mujeres se inclinaron por la opción a (51%) (Sí, porque nunca se puede negar la asistencia) al igual que los hombres (42%).

## EDAD

El estudio reveló que existieron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de aciertos entre los participantes cuando se estratificó la muestra por intervalos de edad. El grupo que mayor porcentaje de éxito mostró es el estrato de edad mayores de 60 años, con un porcentaje de aciertos del 45%. ( $p=0,009$ ) (Figura 3.4).

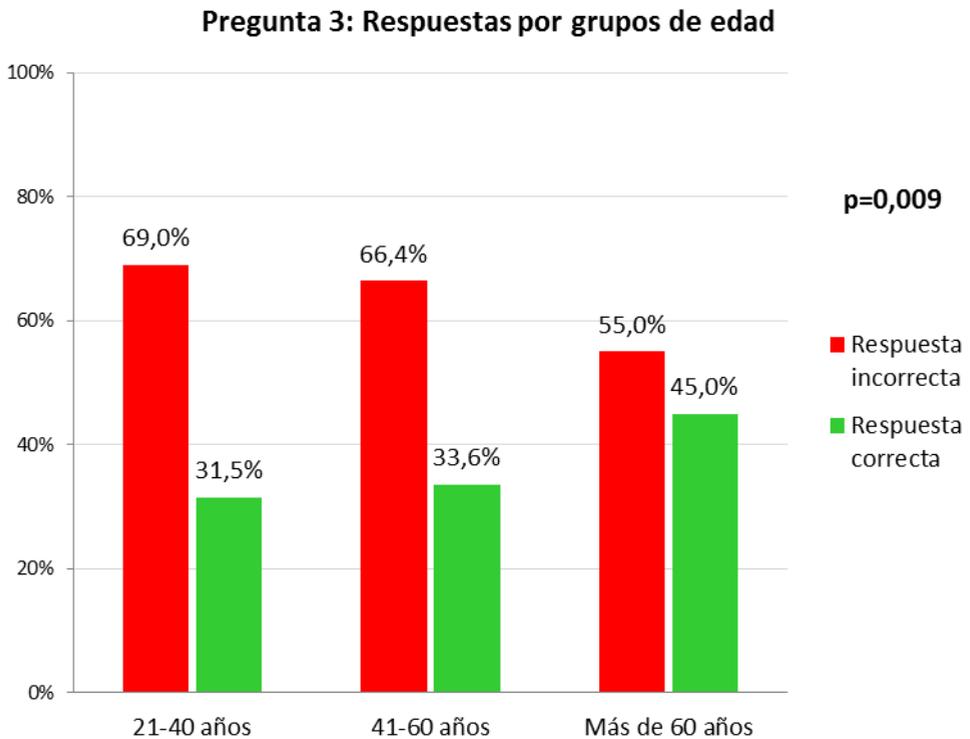


Figura 3.4 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del estrato de edad.

Dicotomizando la muestra por edad no se mantuvo la significación (OR: 1,602; IC95%: 0,802-3,201;  $p=0,182$ ).

## HIJOS

El estudio reveló que existieron diferencias significativas en los porcentajes de acierto entre los participantes que tenían hijos y los que no. Un 43,5% de los individuos sin hijos contestaron correctamente frente a un 30,4% de los participantes con hijos. ( $p=0,013$ ) (Figura 3.5).

Sin embargo al realizar el análisis de riesgo controlando por factores de confusión, no se mantuvo la significación. (OR: 1,5; IC95% 0,804-2,834;  $p=0,200$ ).

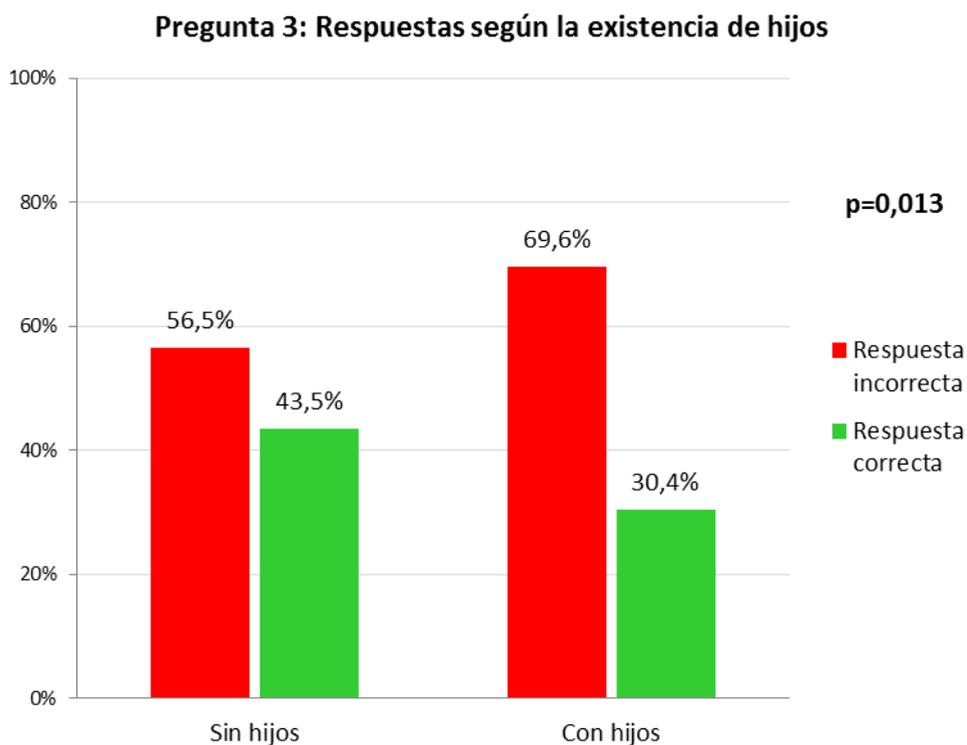


Figura 3.5. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de los hijos.

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 3.6 se observa la comparación en el porcentaje de contestaciones con éxito entre los profesionales sanitarios y los no sanitarios, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes.

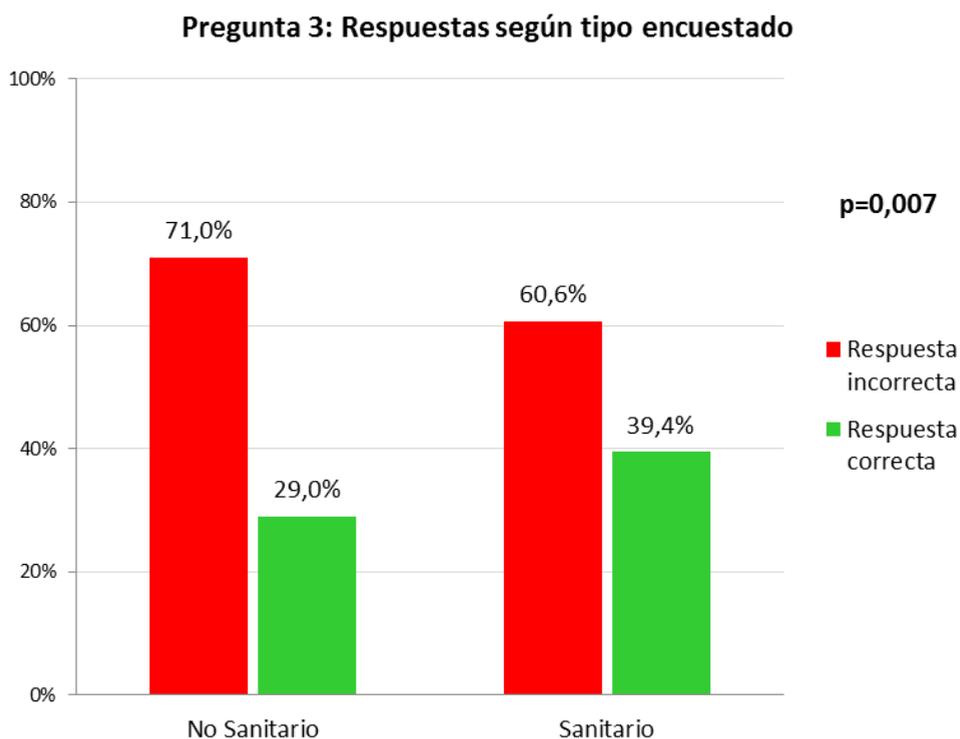


Figura 3.6 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios

Así contestaron correctamente un 39,4% de los pertenecientes al grupo sanitario frente a un 29% del grupo no sanitario ( $p=0,007$ ).

El análisis de riesgo muestra que los profesionales sanitarios duplican la probabilidad de contestar correctamente a esta pregunta (OR: 2,076; IC95%: 1,274-3,384; p=0,003).

La Figura 3.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado.

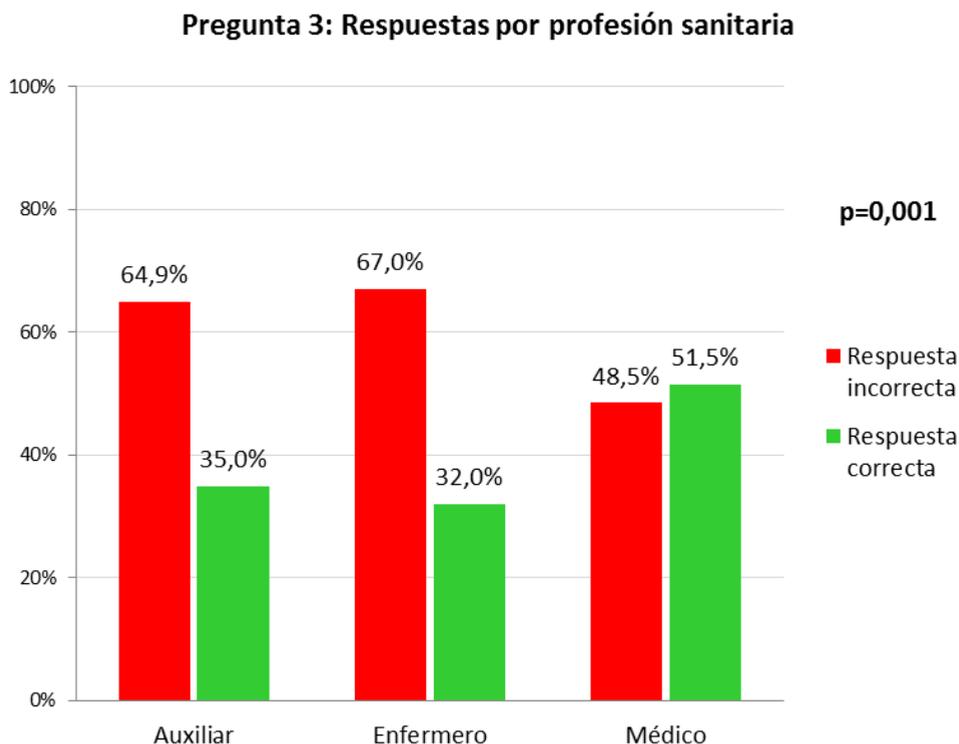


Figura 3.7 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

Los médicos contestaron con un mayor acierto con un 51,5%. (p=0,001).

Cuando se dicotomizó las profesiones sanitarias en médicos y no médicos, obtuvimos que los médicos duplicaban las posibilidades de acierto (OR: 2,245 IC95% 1.107-4,556;  $p=0,025$ ).

## UNIVERSITARIOS

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de aciertos entre el grupo de universitarios frente a no universitarios. Así los universitarios contestaron de forma correcta en mayor porcentaje 36,8% ( $p=0,009$ ) (Figura 3.8).

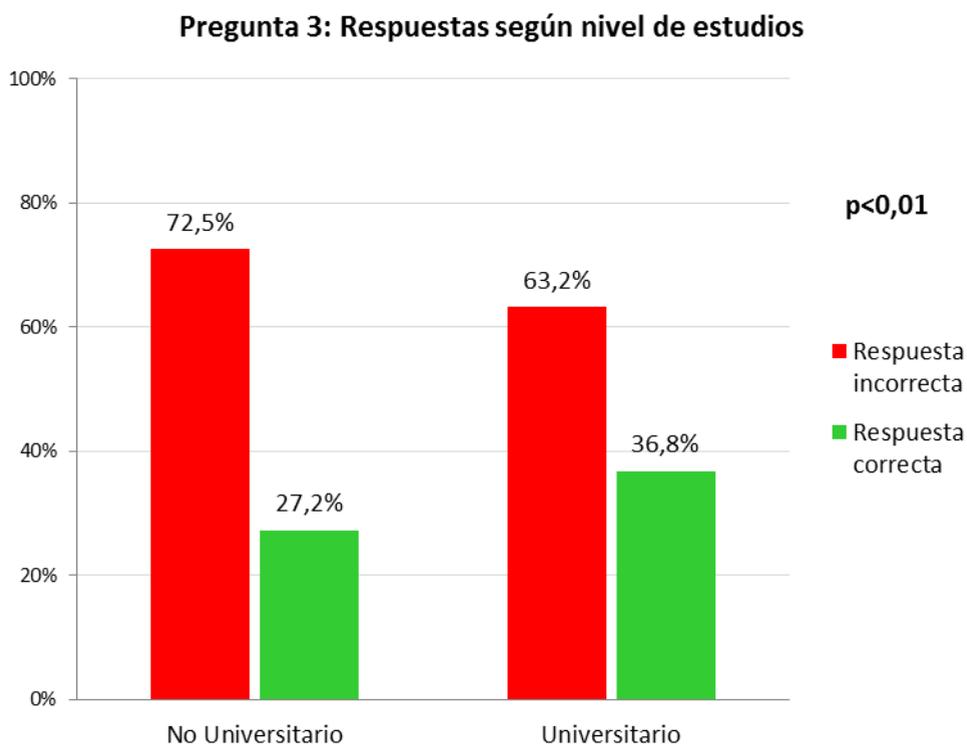


Figura 3.8. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función del nivel de estudios.

Al realizar el análisis de riesgo controlando los factores de confusión no se mantuvo la significación (OR: 1,076; IC95%: 0,516-2,243;  $p=0,845$ ).

### Ante la pregunta cuatro

¿HASTA DÓNDE LLEGA EL SECRETO PROFESIONAL AL TRABAJAR CON UN MENOR DE 16 AÑOS?

- Igual que en un mayor de edad.
- Igual que en un mayor de edad pero con excepciones.
- No tienen derecho a que se guarde el secreto profesional.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA B.

El porcentaje global de contestación correcta a este ítem es 46%. La mayoría de los participantes contestaron de forma correcta eligiendo la opción b (Igual que en un mayor pero con excepciones) (Figura 4.1).

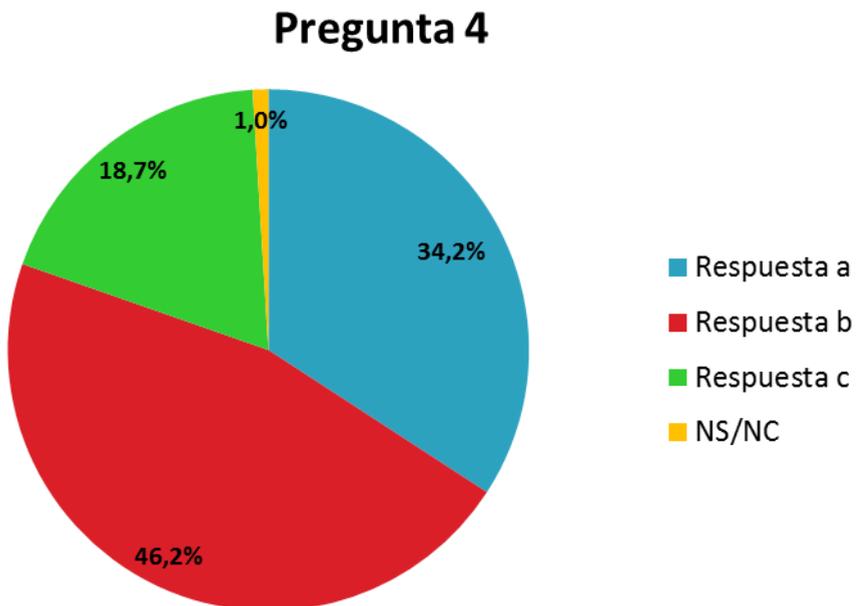


Figura 4.1. Porcentaje de contestaciones correctas a la pregunta 4.

## SEXO

Existieron diferencias estadísticamente significativas cuando se comparó la muestra por sexo. ( $p=0,008$ ). (Figura 4.2) (OR: 1,568; IC95%:1,096-2,243;  $p=0,014$ ).

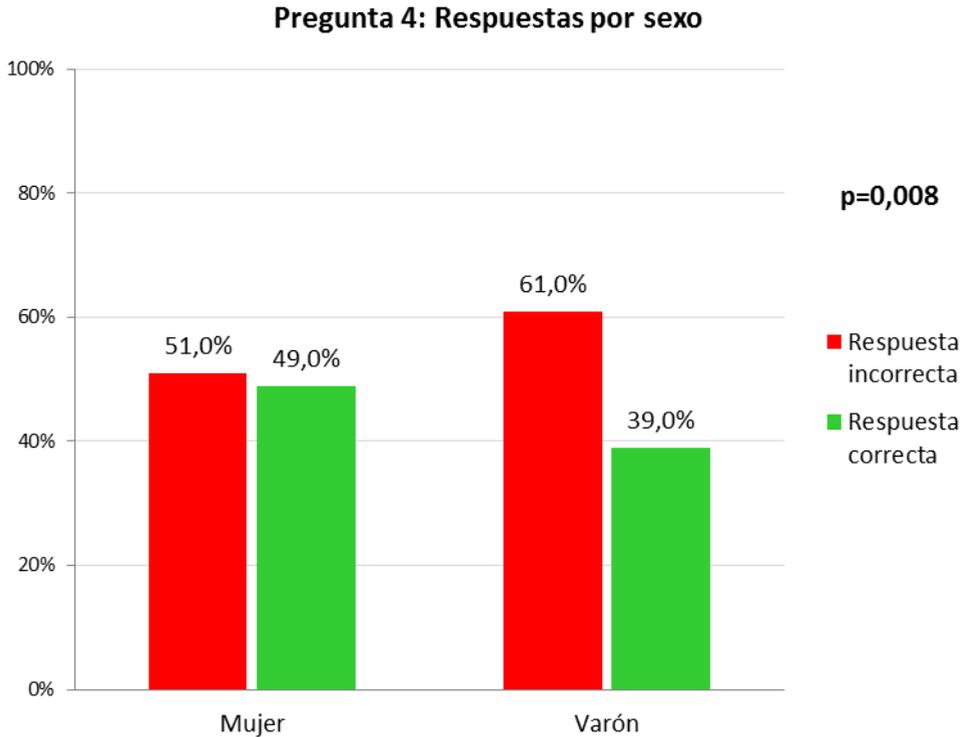
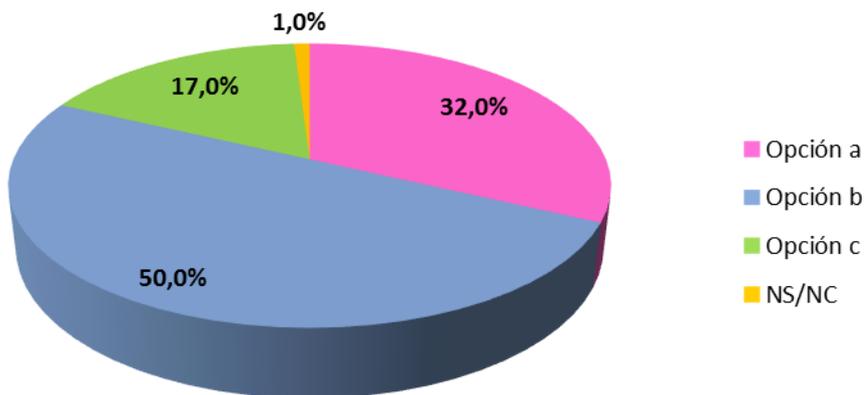


Figura 4.2. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del sexo.

En la Figura 4.3 se muestra que opciones fueron las elegidas en función del sexo.

Los hombres se decantaron de forma mayoritaria por las opciones incorrectas, sin embargo las mujeres estuvieron a la par entre las opciones a y b.

**Pregunta 4: Opciones respondidas (Mujer)**



**Pregunta 4: Opciones respondidas (Varón)**

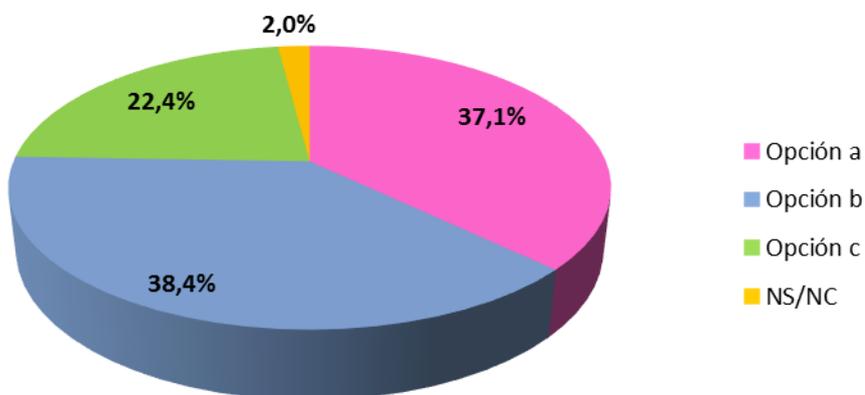


Figura 4.3. Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

Analizando los porcentajes de respuesta al ítem cuatro por grupos de edad, el estudio reveló diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de aciertos. ( $p=0,002$ ) (Figura 4.4.)

Dicotomizando la muestra por edad, se mantuvo el nivel de significación (OR: 1,546; IC 95%:1,095-2,183;  $p=0,013$ ).

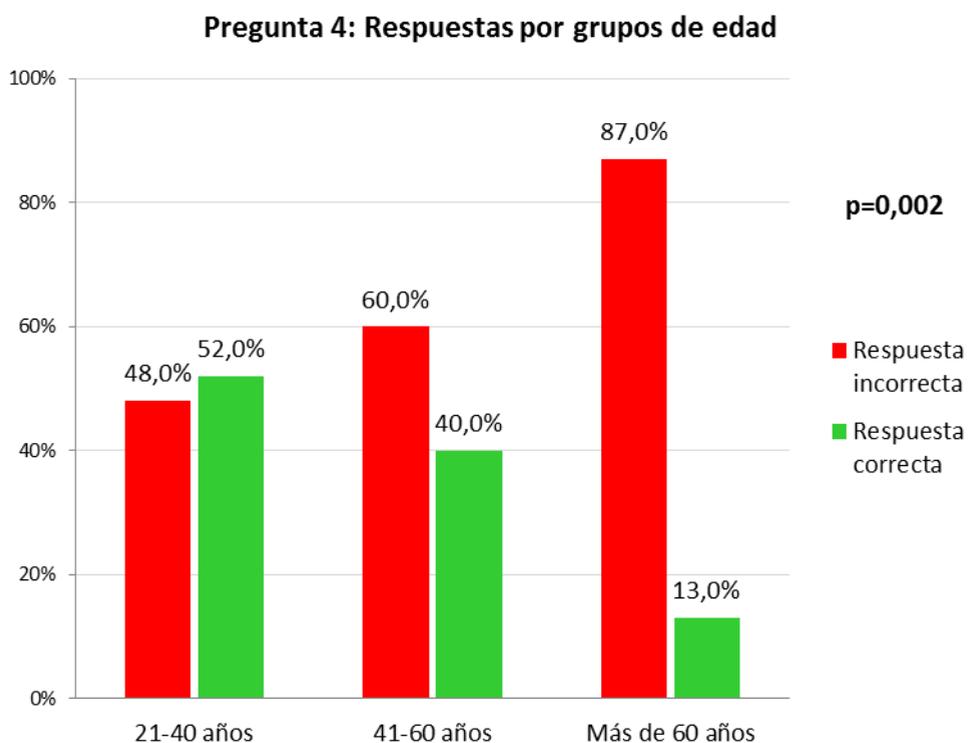


Figura 4.4. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función del estrato de la edad.

## HIJOS

El estudio reveló que existen diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de aciertos entre los participantes que tenían hijos y los que no. Un 57 % de los participantes sin hijos contestaron correctamente frente a un 44% de los participantes con hijos. ( $p=0,002$ ). (Figura 4.5).

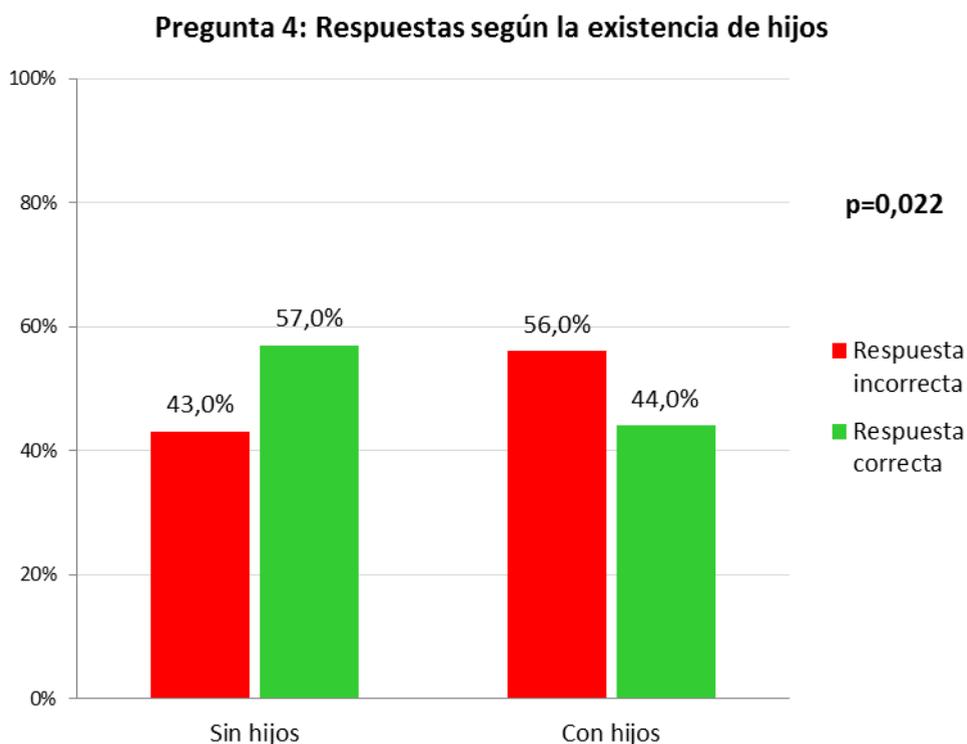


Figura 4.5 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de la existencia de hijos.

Los individuos sin hijos duplicaban la probabilidad de contestar correctamente a esta pregunta (OR: 2,362; IC95%: 1,266-4,408;  $p=0,007$ ).

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 4.6 se observa la comparación en el porcentaje de aciertos entre los profesionales sanitarios y no sanitarios.

No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes ( $p=0,107$ ). (OR:1,805; IC95%: 0,821-3,969;  $p=0,142$ ).

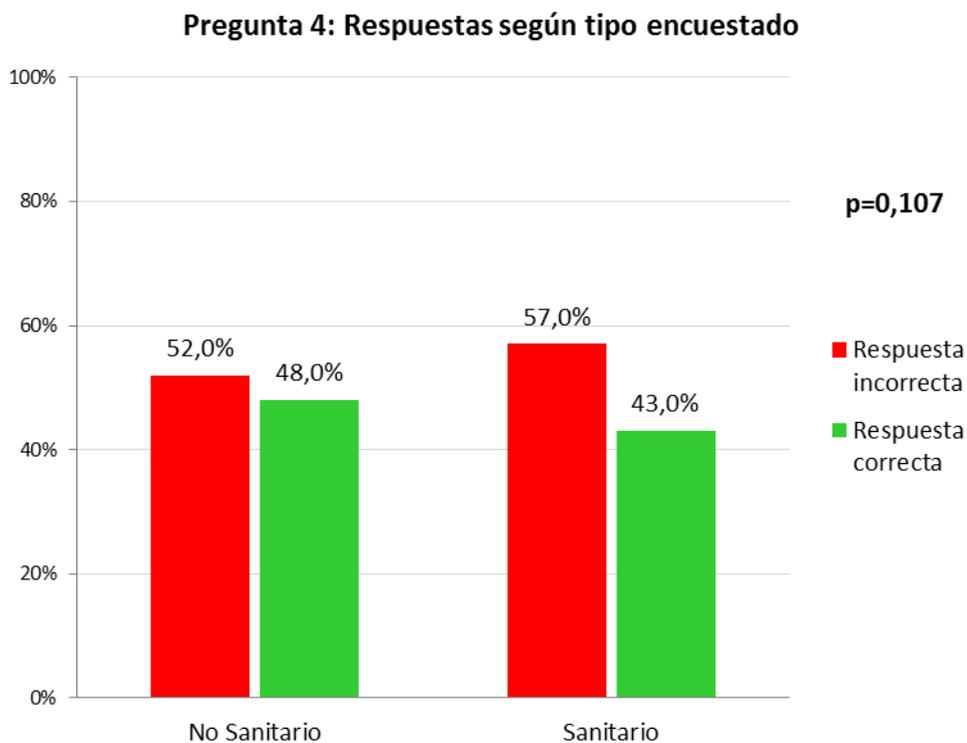


Figura 4.6 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

La figura 4.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado.

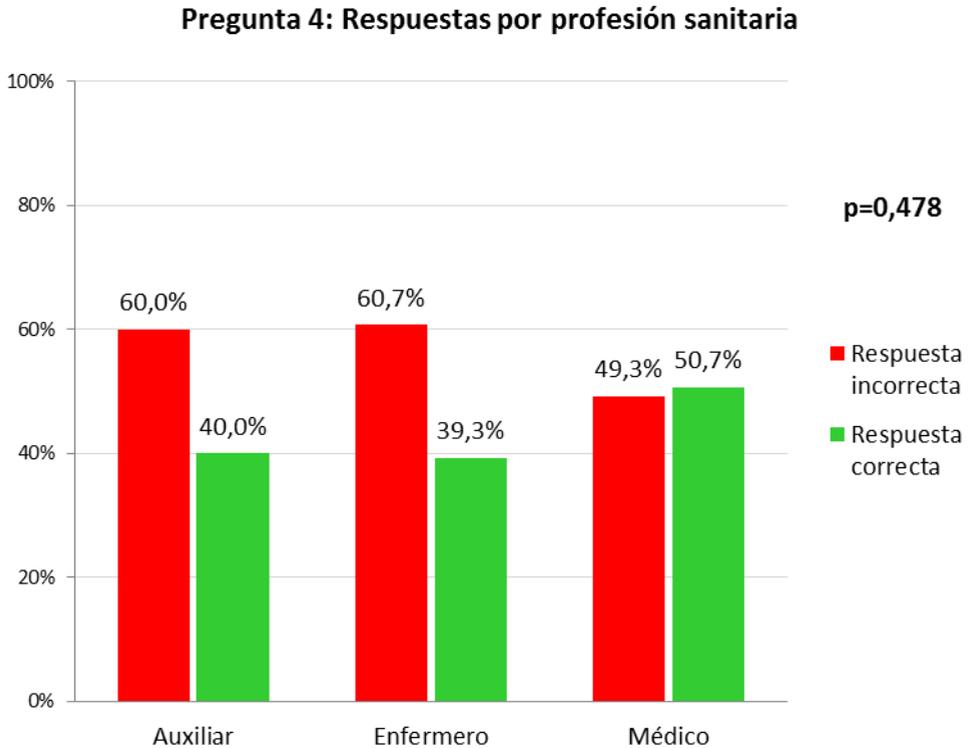


Figura 4.7 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de la profesión sanitaria.

Se observa que el grupo de los médicos fueron los que contestaron con mayor porcentaje de acierto con un 50,70% ( $p=0,478$ ).

Dicotomizando las profesiones sanitarias en médicos y no médicos no se observan valores estadísticamente significativos (OR: 1,075; IC95%: 0,533- 2,169;  $p=0,841$ ).

## UNIVERSITARIOS

No existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto entre el grupo de universitario frente al grupo de no universitarios (Figura 4.8). Los participantes no universitarios contestaron con un porcentaje de éxito de un 48% frente a los universitarios con un 45,6% ( $p=0,370$ ) (OR:1,118; IC95%:0,778-1,607 ; $p=0,547$ ).

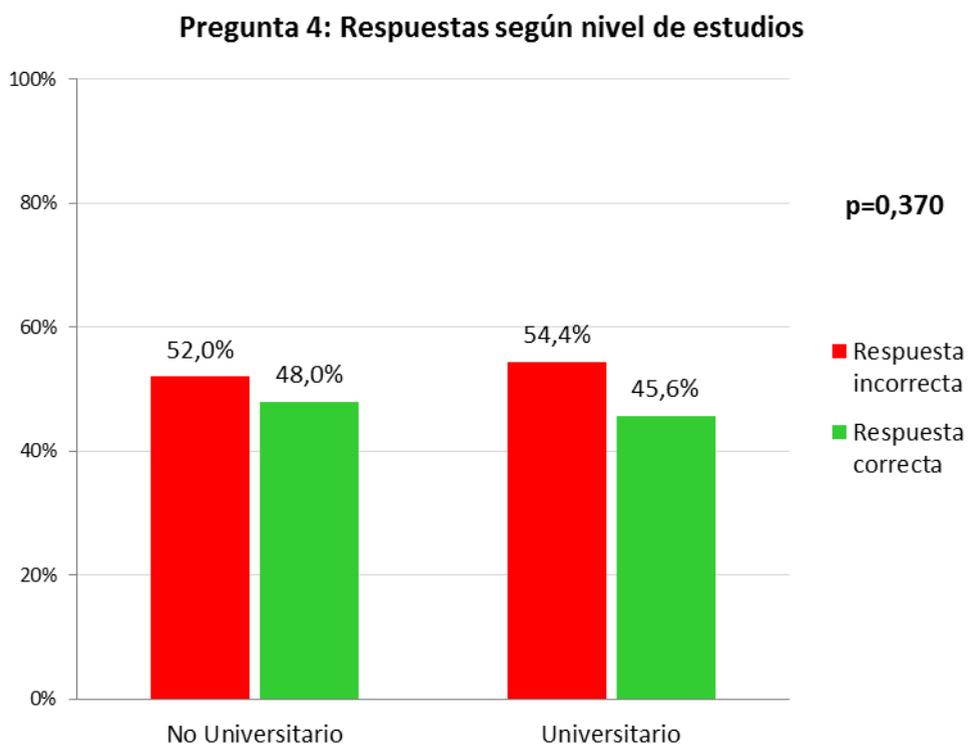


Figura 4.8 Porcentaje de contestaciones correctas en función del nivel de estudios.

### Ante la pregunta número cinco

SI LOS PADRES ESTÁN DIVORCIADOS, ¿SE DEBE INFORMAR A LOS DOS ANTE UNA ATENCIÓN SANITARIA DE SUS HIJOS?

- a. Si, si ambos mantienen la patria potestad.
- b. Sólo al padre que tenga la custodia legal.
- c. No es necesario informar a ninguno.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA A.

El porcentaje global de contestación correcta al quinto ítem fue de 61%. La mayoría de los participantes que contestaron de forma correcta (Si, si ambos mantienen la patria potestad) (Figura 5.1).

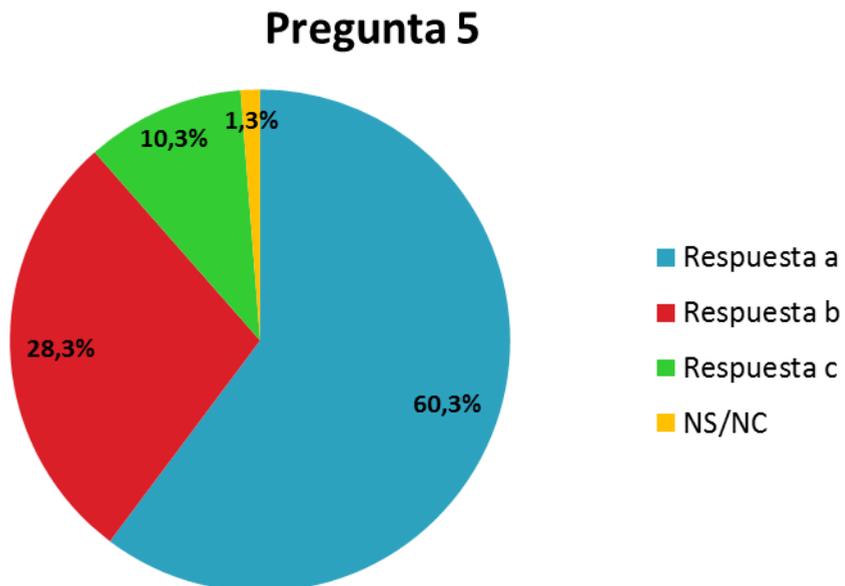


Figura 5.1. Porcentaje de contestaciones correctas a la pregunta 5.

## SEXO

El estudio reveló que existen diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de acierto, significación que se mantuvo cuando se realizó el análisis de riesgo controlando por factores de confusión (Figura 5.2) (OR: 1,708; IC95%:1,202-2,428;  $p=0,003$ ).

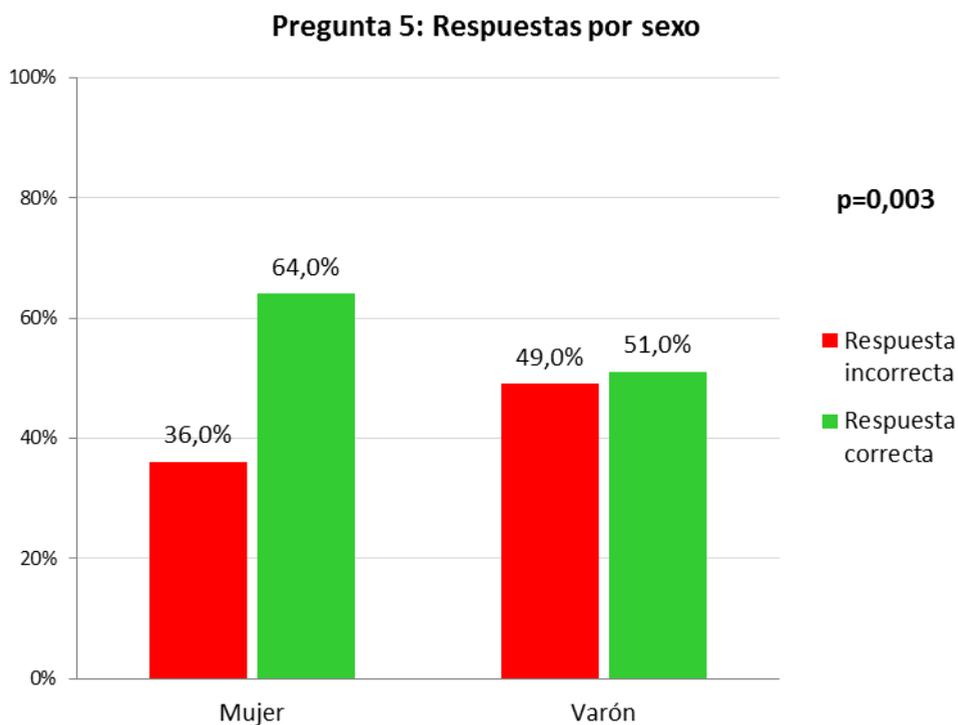
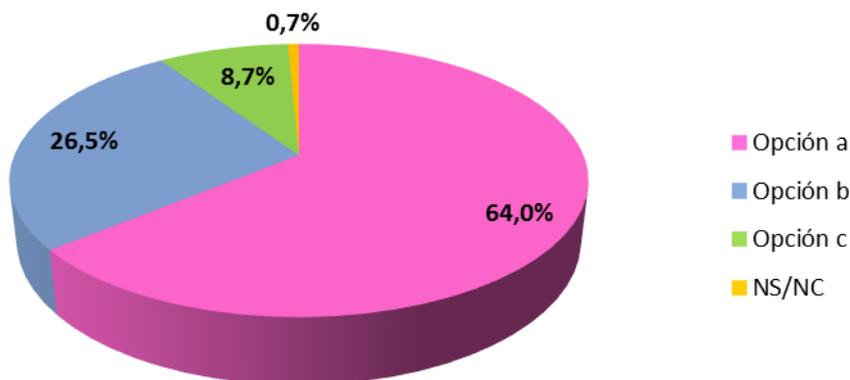


Figura 5.2. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por sexo a la pregunta 5.

En la Figura 5.3 observamos que opciones fueron las más elegidas en función del sexo. Las mujeres se inclinaron por la opción a, al igual que los hombres.

**Pregunta 5: Opciones respondidas (Mujer)**



**Pregunta 5: Opciones respondidas (Varón)**

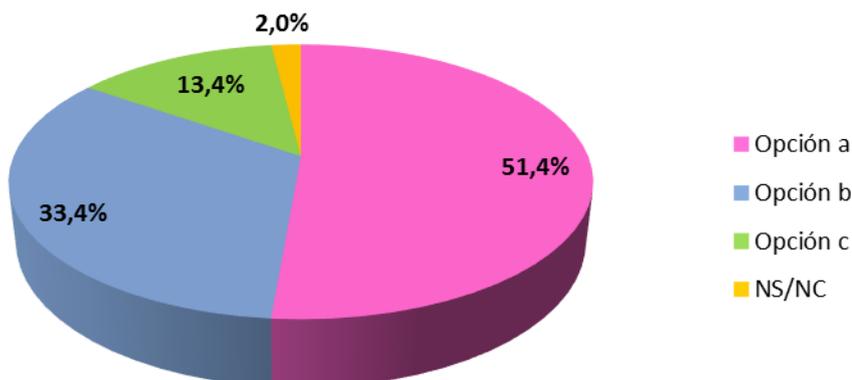


Figura 5.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto cuando se estratificó la muestra por intervalos de edad. ( $p=0,991$ ) (Figura 5.4) (OR: 0,966; IC95%: 0,670-1,393;  $p=0,854$ ).

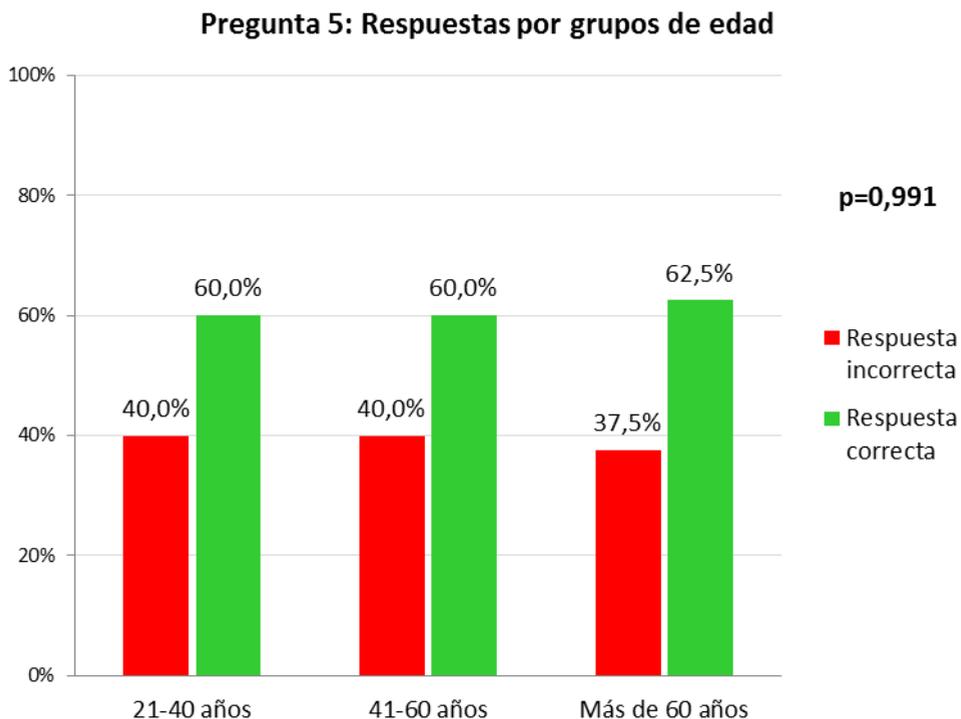


Figura 5.4 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del estrato de edad.

## HIJOS

En la Figura 5.5 se observa la comparación en el porcentaje de aciertos entre los participantes que tienen hijos y los que no tienen.

No hubo diferencias estadísticamente significativas. Resultado que se mantuvo al realizar el análisis de riesgo controlado por factores de confusión. ( $p=0,475$ ), (OR: 0,964; IC 95%:0,520-1,787;  $p=0,907$ ).

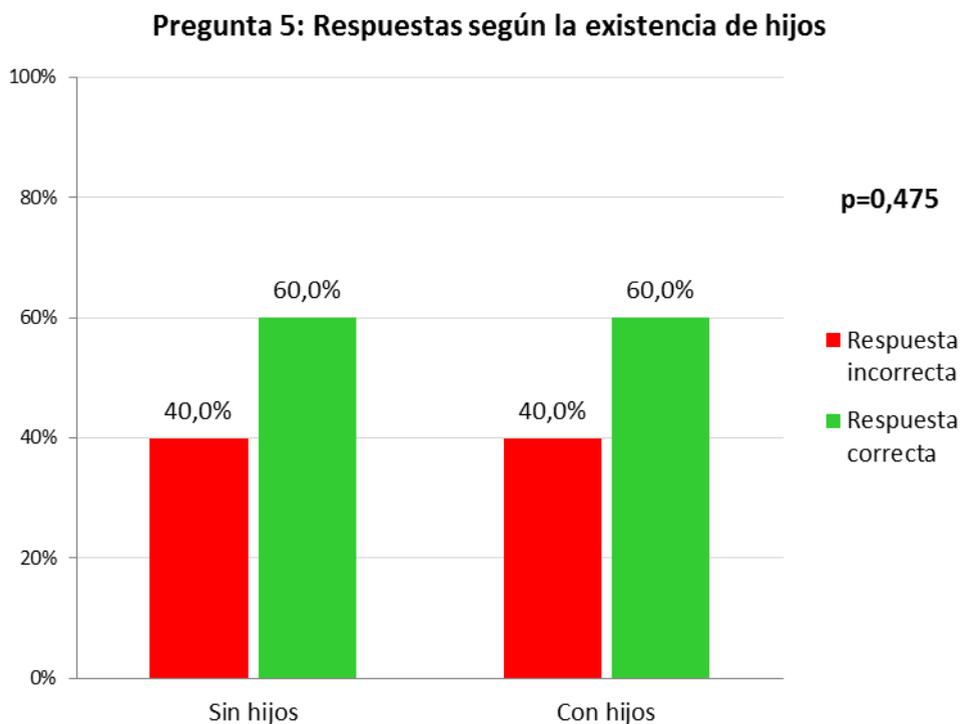


Figura 5.5. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de los hijos.

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 5.6 se observa la comparación en el porcentaje de contestaciones con éxito entre los profesionales sanitarios y los no sanitarios, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes.

Así contestaron correctamente un 59% de los pertenecientes al grupo sanitario frente a un 60% del grupo no sanitario ( $p=0,372$ ) (OR: 0,751; IC95%: 0,353-1,596;  $p=0,456$ ).

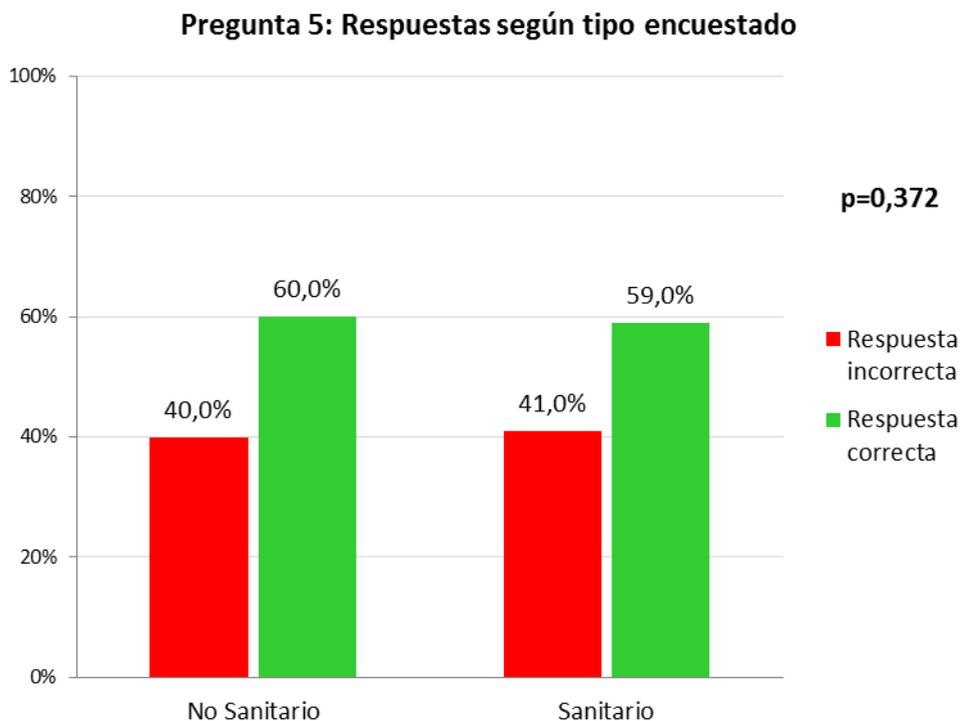


Figura 5.6 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

La Figura 5.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado.

Se observa que los médicos contestaron con un mayor acierto con un 59%. ( $p=0,378$ ). (OR:1,221; IC 95%:0,612-2,438;  $p=0,571$ ).

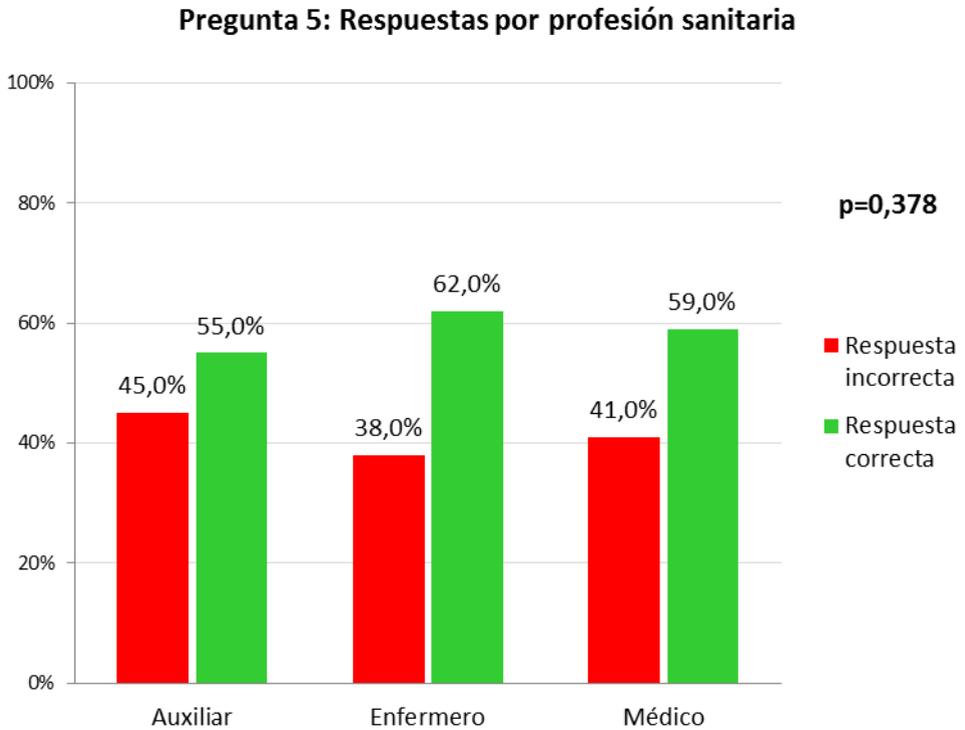


Figura 5.7. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

## UNIVERSITARIOS

No existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto entre el grupo de universitario frente al grupo de no universitarios (Figura 5.8).

Tanto los participantes universitarios como los no universitarios contestaron de forma correcta, sin embargo los participantes universitarios tuvieron un porcentaje mayor de éxito en los aciertos ( $p=0,516$ ) (OR: 0,966; IC95%: 0,670-1,393;  $p=0,854$ ).

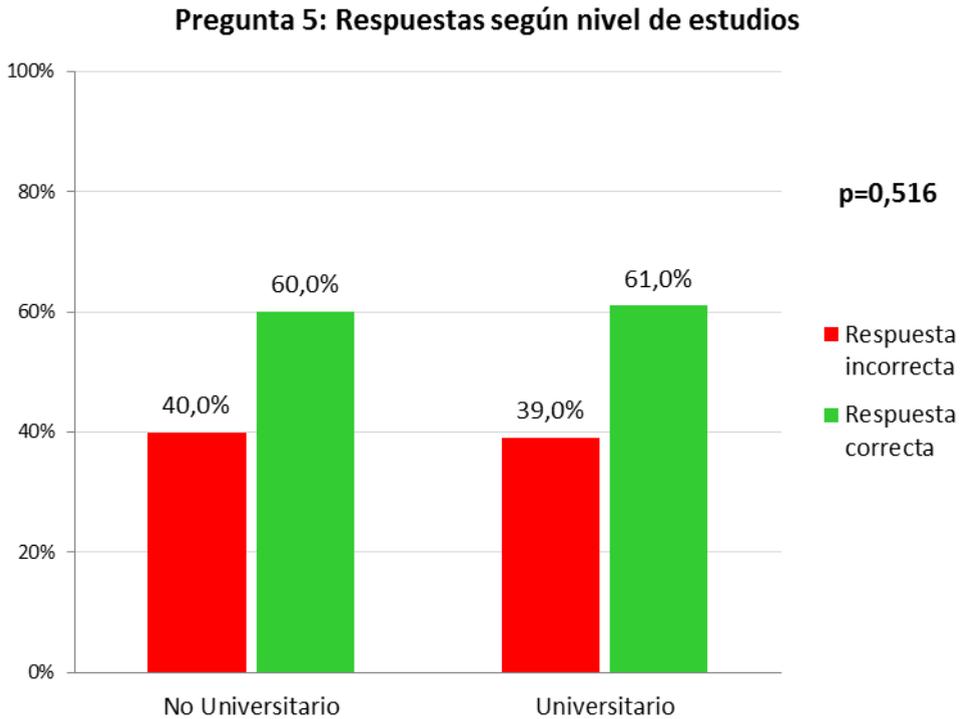


Figura 5.8. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del nivel de estudios

## Ante la pregunta número seis

¿SE LES PUEDE DAR ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (CON FINES DE ANTICONCEPCIÓN) A MENORES DE 16 AÑOS?

- No, sin el consentimiento de los padres o responsables legales.
- Sí, si es mayor de 13 años.
- Sí, si es mayor de 13 años y maduro.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA C.

El porcentaje global de contestación correcta al sexto ítem fue del 17%. La mayor parte de los participantes, un 45%, eligieron la opción a) (No, sin el consentimiento de los padres o responsables legales). Figura 6.1.

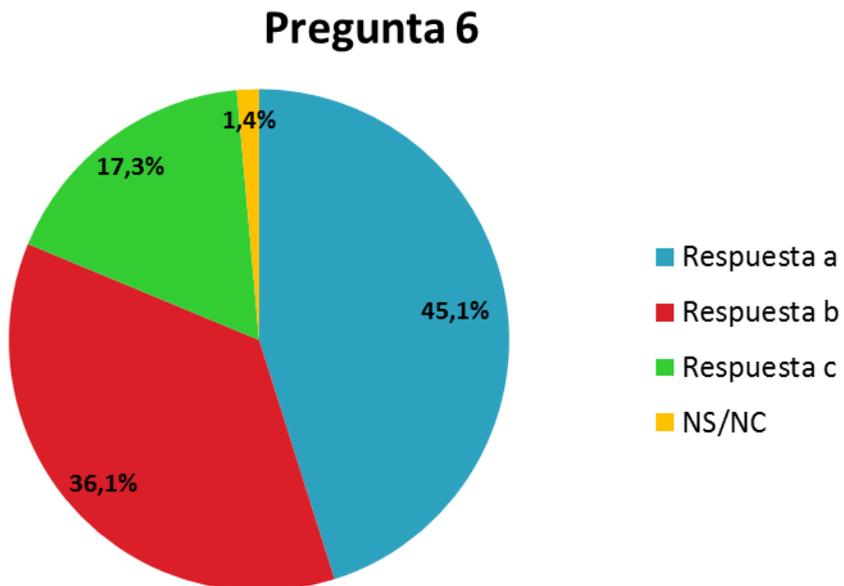


Figura 6.1. Porcentaje de contestaciones correctas a la pregunta 6.

## SEXO

Observando los porcentajes de respuesta a este ítem por sexos, las diferencias entre los aciertos no alcanzan significación estadística. Contestaron de forma correcta aproximadamente el mismo porcentaje de hombres que mujeres ( $p=0,475$ ) (Figura 6.2).

El análisis de riesgo controlado por factores de confusión permaneció no significativo (OR: 0,971; IC 95%: 0,611-1,543;  $p=0,899$ ).

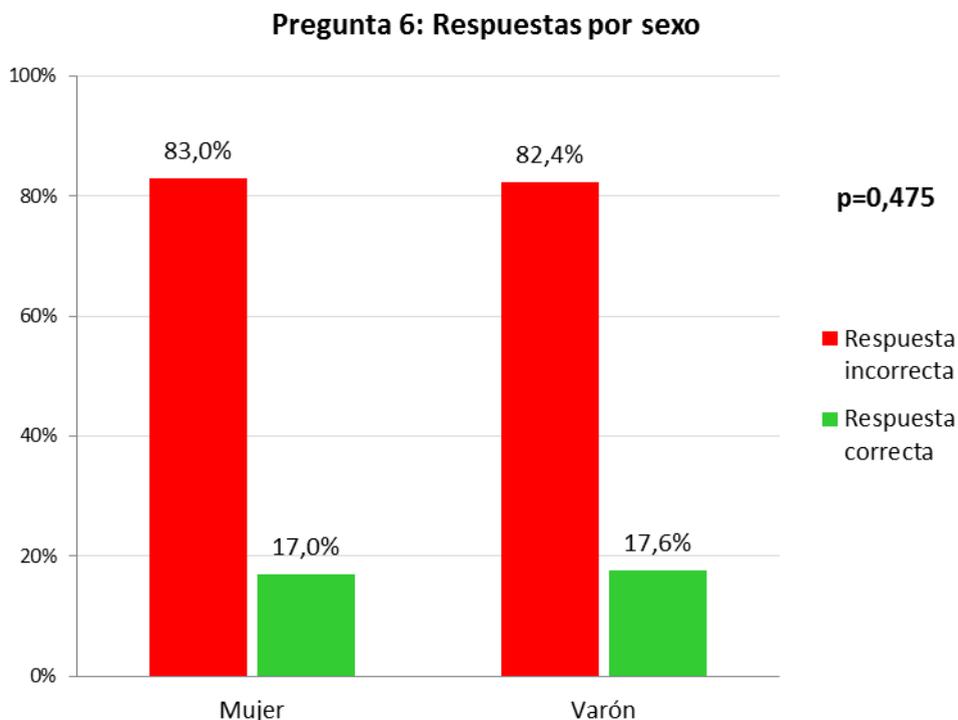
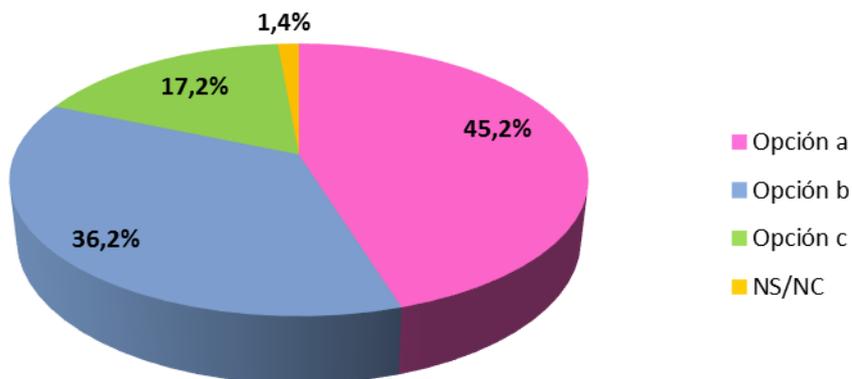


Figura 6.2. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por sexo a la pregunta 6.

En la Figura 6.3 observamos que opciones fueron las más elegidas en función del sexo. Las mujeres se inclinaron por la opción a al

igual que los hombres. La opción menos escogida por los dos sexos fue la opción correcta.

**Pregunta 6: Opciones respondidas (Mujer)**



**Pregunta 6: Opciones respondidas (Varón)**

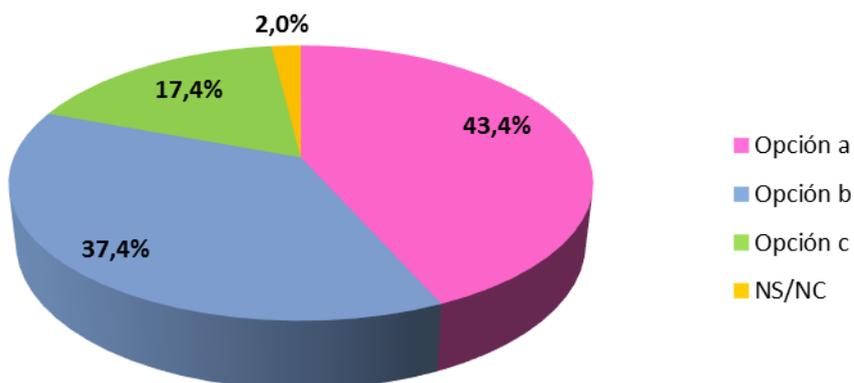


Figura 6.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

El estudio evidenció que no existen diferencias estadísticamente significativas al estratificar la muestra por edad (Figura 6.4).

Sin embargo al realizar el análisis de riesgo controlado por factores de confusión, se obtuvo que los participantes cuya edad está por encima de la media casi duplican la probabilidad de contestar correctamente. (OR: 1,679; IC95%:1,061-2,657;  $p=0,027$ ).

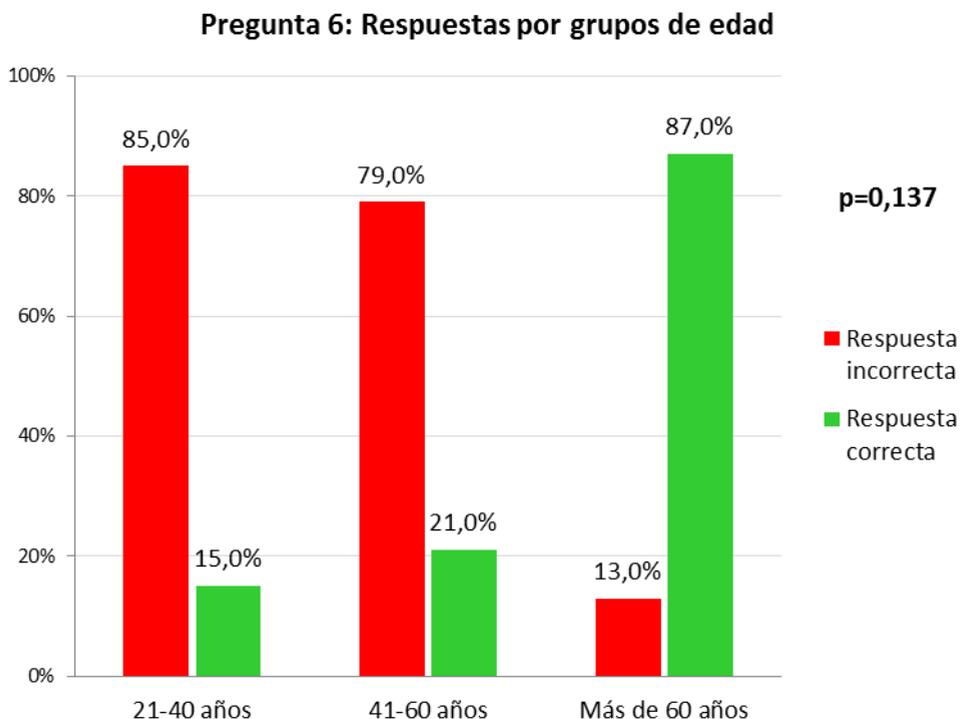


Figura 6.4 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del estrato de edad.

## HIJOS

El estudio reveló que existieron diferencias significativas en los porcentajes de acierto entre los participantes que tenían hijos y los que no.

Un 24% de los individuos sin hijos contestaron correctamente frente a un 16% de los participantes con hijos. ( $p=0,042$ )(Figura 6.5).

Sin embargo al realizar el análisis de riesgo controlando por factores de confusión, no se mantuvo la significación. (OR: 1,051; IC95%: 0,510-2,169;  $p=0,892$ ).

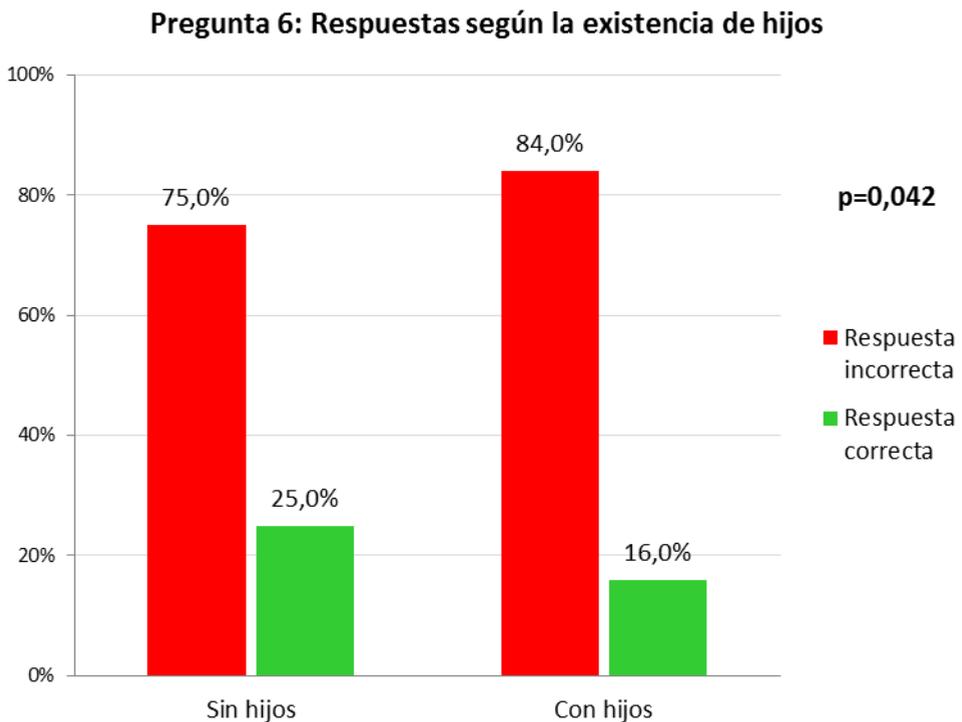


Figura 6.5. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de los hijos.

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 6.6 se observa la comparación en el porcentaje de contestaciones con éxito entre los profesionales sanitarios y los no sanitarios. Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes.

Así contestaron correctamente un 25% de los pertenecientes al grupo sanitario frente a un 13% del grupo no sanitario. ( $p=0,001$ ) (Figura 6.6).

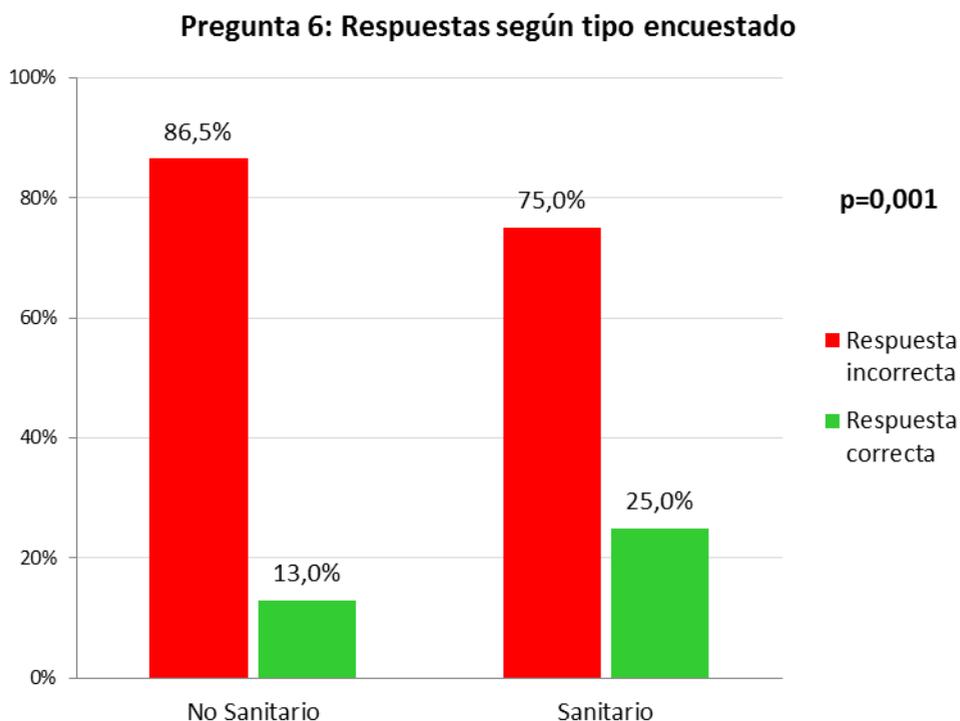


Figura 6.6 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

El análisis de riesgo muestra que los profesionales sanitarios quintuplican la probabilidad de contestar correctamente a esta pregunta (OR: 4,837; IC 95%: 1,594-14,678;  $p=0,005$ ).

La Figura 6.7 muestra los porcentajes por profesiones sanitarias de los encuestados.

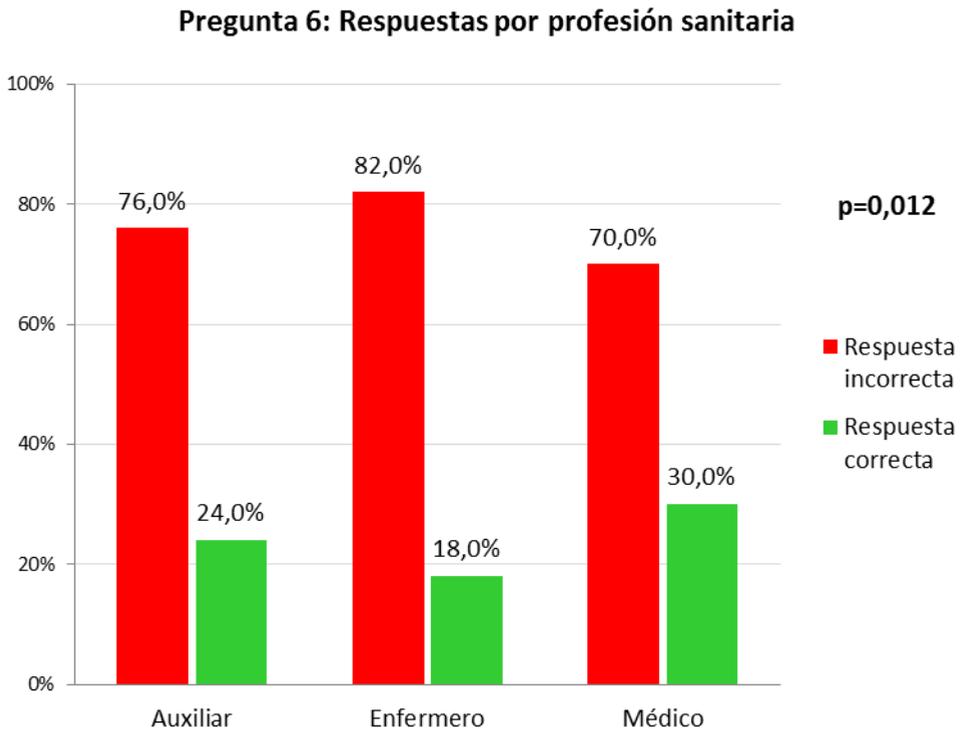


Figura 6.7 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

Cuando se dicotomizó las profesiones sanitarias en médicos y no médicos, no se obtuvieron resultados significativos (OR: 1,161; IC 95%: 0,109-12,319;  $p=0,902$ ).

## UNIVERSITARIOS

No se obtuvieron estadísticamente significativas en el porcentaje de aciertos entre el grupo de universitarios frente a no universitarios. (Figura 6.8) (OR: 1,114; IC 95%: 0,711-1,745;  $p=0,638$ ).

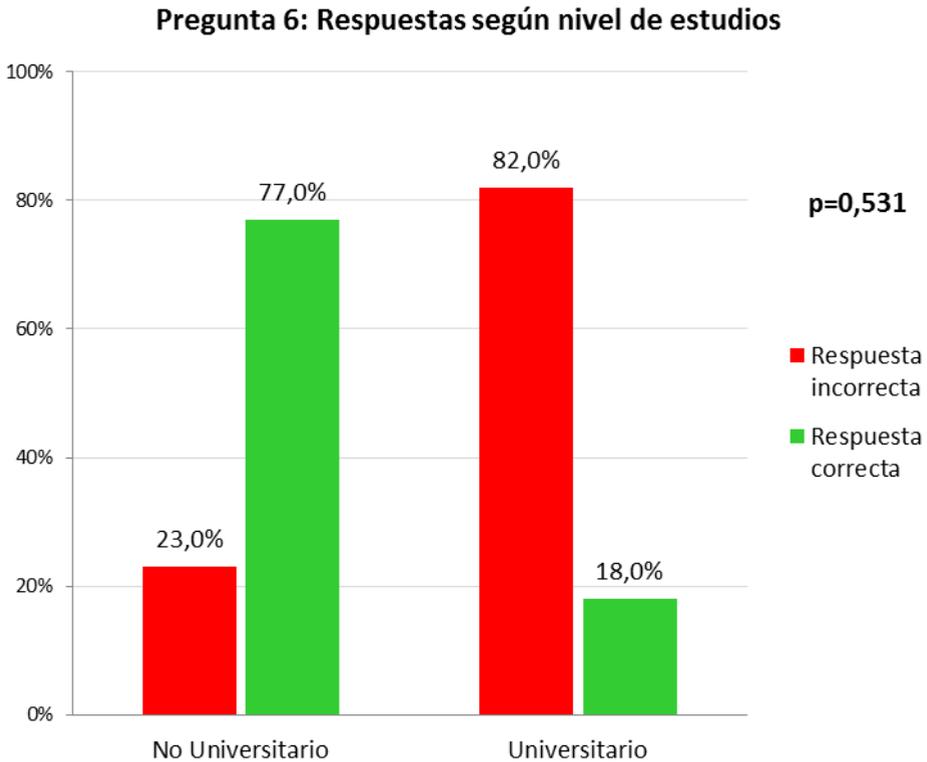


Figura 6.8. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del nivel de estudios.

## Ante la pregunta número siete

¿PUEDE SOLICITAR UNA MENOR DE 16 AÑOS UNA IVE (INTE-RRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO)?

- a. Si, sin el consentimiento paterno, si se cree que los padres pueden coaccionarla para que no lo realice.
- b. No, no es necesario el consentimiento paterno.
- c. No es necesario en ningún caso, con la aprobación de la nueva ley.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA A.

El porcentaje global de contestación correcta al séptimo ítem fue de 36% (Si, sin el consentimiento paterno, si se cree que los padres pueden coaccionarla para que no lo realice) (Figura 7.1).

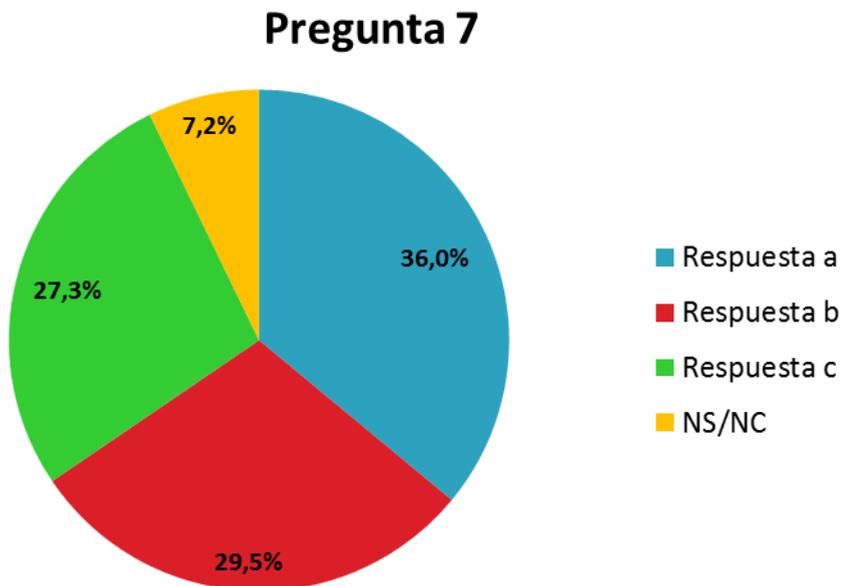


Figura 7.1. Porcentaje de contestaciones correctas a la pregunta 7

## SEXO

Observando los porcentajes de respuesta al ítem siete por sexos, las diferencias entre los aciertos no alcanzan significación estadística.

Contestaron de forma correcta aproximadamente el mismo porcentaje de hombres que mujeres (Figura 7.2). (OR:1,025; IC95%: 0,707-1,485;  $p=0,896$ )

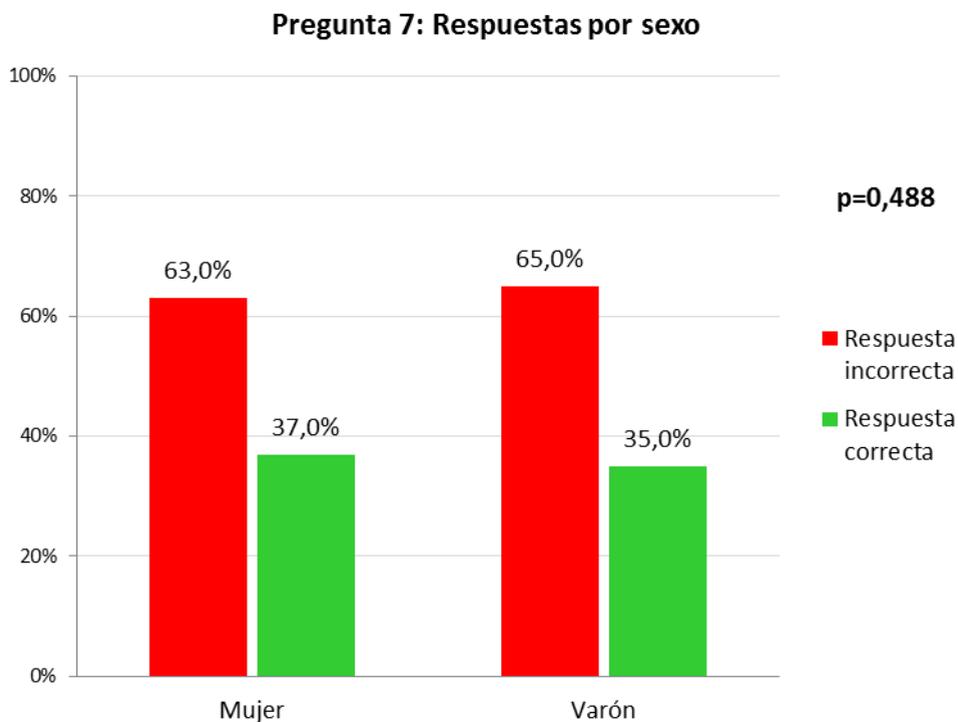
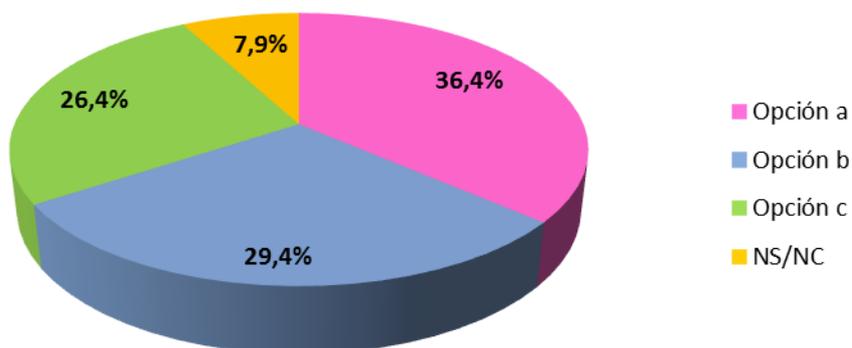


Figura 7.2. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por sexo a la pregunta 7

En la Figura 7.3 observamos que opciones fueron las más elegidas en función del sexo. Las mujeres se inclinaron mayoritariamente por la opción a (opción correcta), al igual que los hombres.

**Pregunta 7: Opciones respondidas (Mujer)**



**Pregunta 7: Opciones respondidas (Varón)**

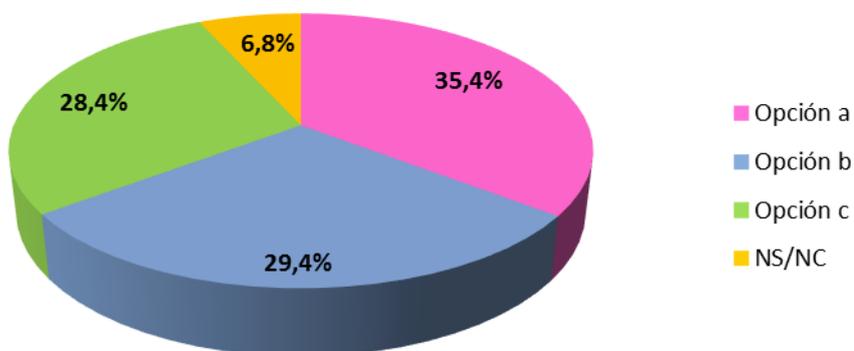


Figura 7.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto cuando se estratificó la muestra por intervalos de edad (Figura 7.4) (OR:1,024; IC95%: 0,692-1,515;  $p=0,905$ ).

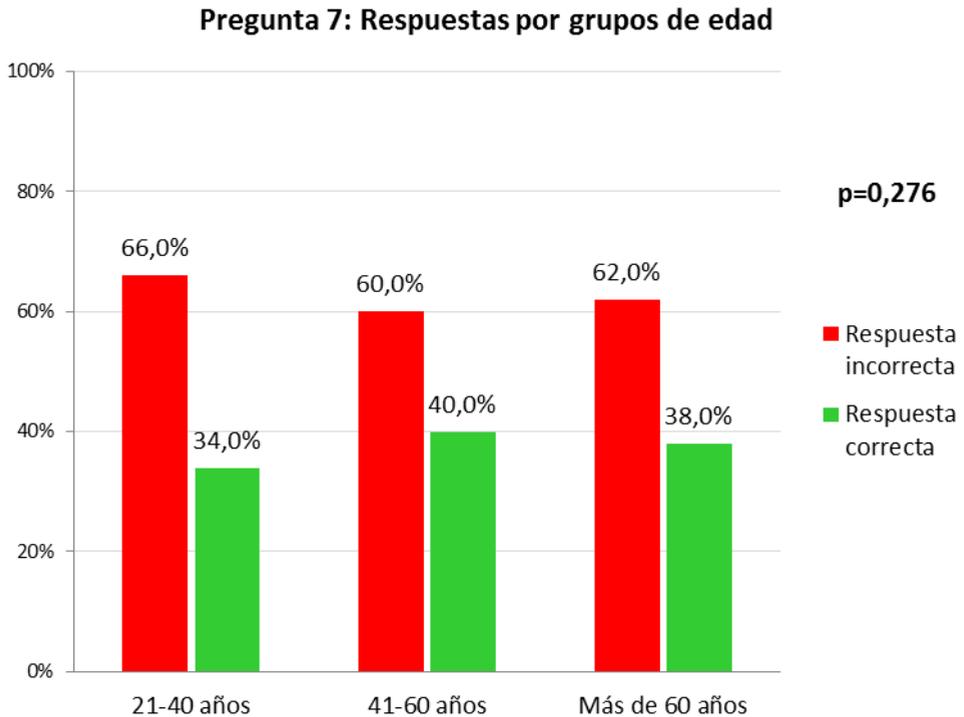


Figura 7.4 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del estrato de edad.

## HIJOS

El estudio reveló que existen diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de acierto. Sin embargo cuando se realizó

el análisis de riesgo controlado por factores de confusión, no se obtuvo un valor estadísticamente significativo (Figura 7.5) (OR: 0,976; IC95%: 0,673-1,414;  $p=0,896$ ).

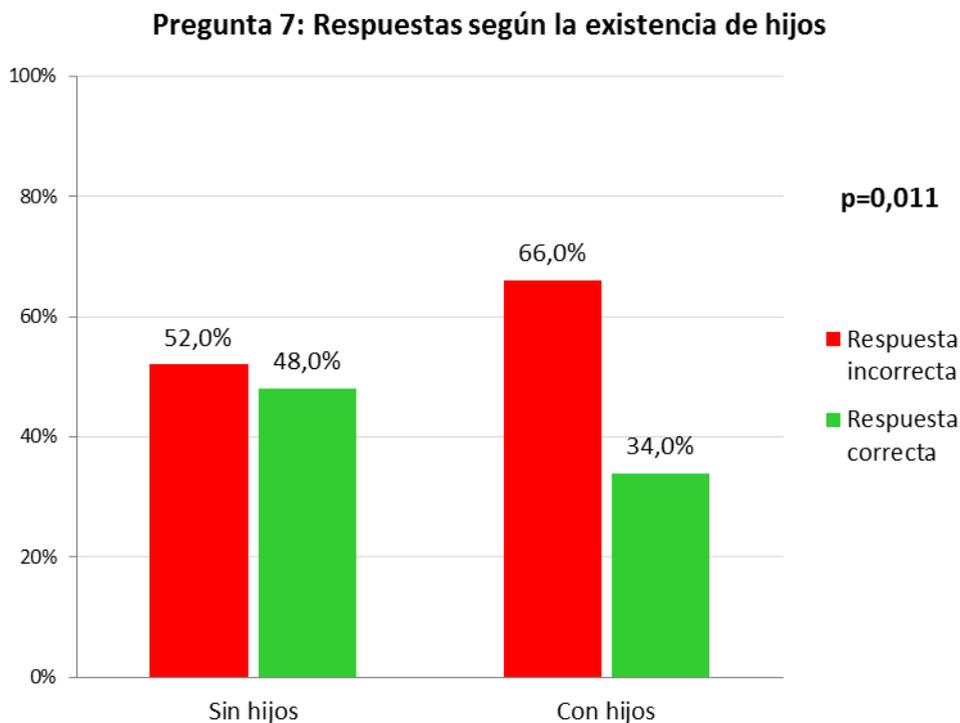


Figura 7.5. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de los hijos

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 7.6 se observa la comparación en el porcentaje de contestaciones con éxito entre los profesionales sanitarios y los no sanitarios.

Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes. Así contestaron correctamente un 51% de los pertenecientes al grupo sanitario frente a un 28% del grupo no sanitario.

Al realizar el análisis de riesgo, se observa que los profesionales sanitarios duplican la probabilidad de contestar con éxito a la pregunta siete (OR:2,551; IC95%: 1,607-4,048;  $p=0,01$ ).

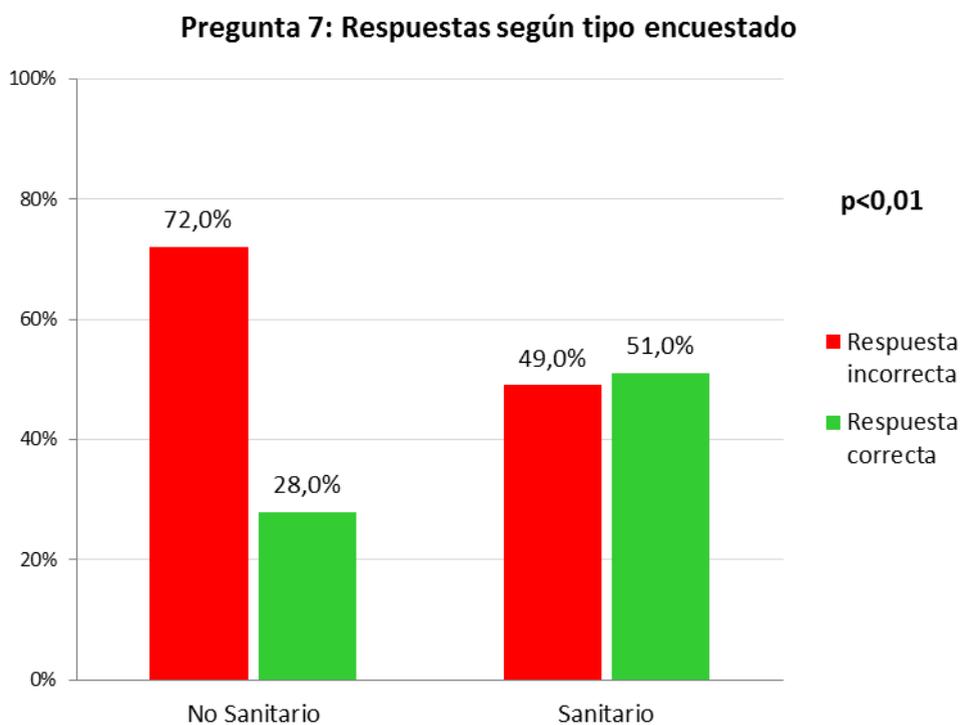


Figura 7.6 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

La Figura 7.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado. Se observa que los médicos fueron los que contestaron con un mayor acierto.

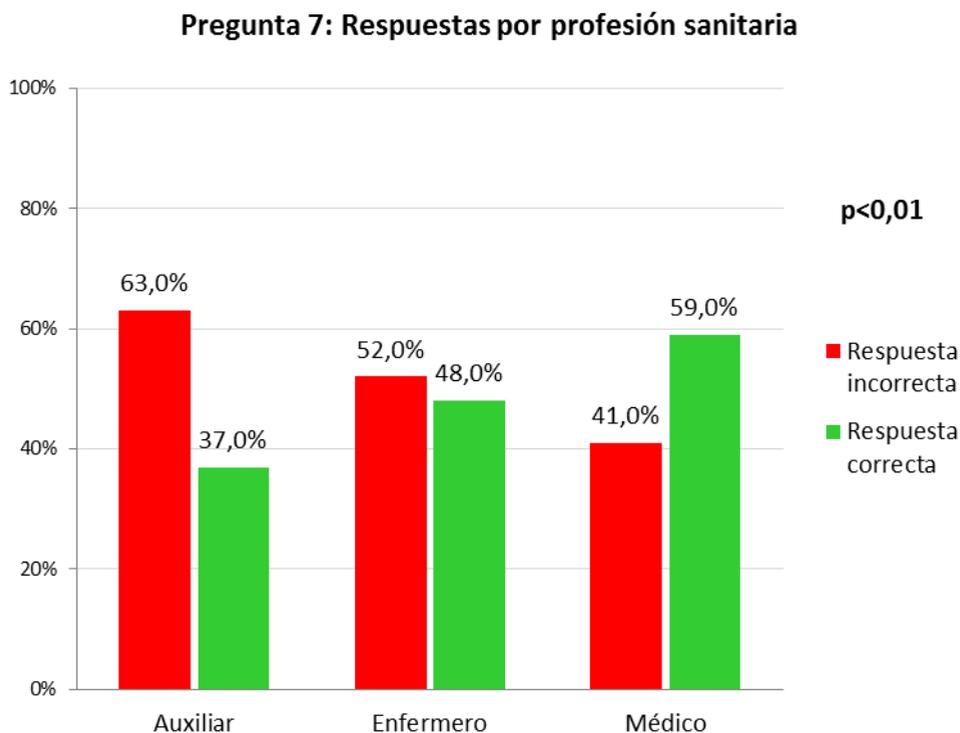


Figura 7.7 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

Cuando se dicotomizó las profesiones sanitarias en médicos y no médicos, los resultados que se obtuvieron están en el límite de la significación estadística. (or: 1,993; IC 95%:0,996-3,987;  $p=0,051$ ).

## UNIVERSITARIOS

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto entre el grupo de universitarios frente a no universitarios (Figura 7.8). Así los universitarios contestaron de forma correcta en mayor porcentaje (39 %). ( $p=0,022$ ).

Al realizar el análisis de riesgo controlando los factores de confusión no se mantuvo el nivel de significación. (OR: 1,024; IC 95%: 0,692-1,515;  $p=0,905$ ).

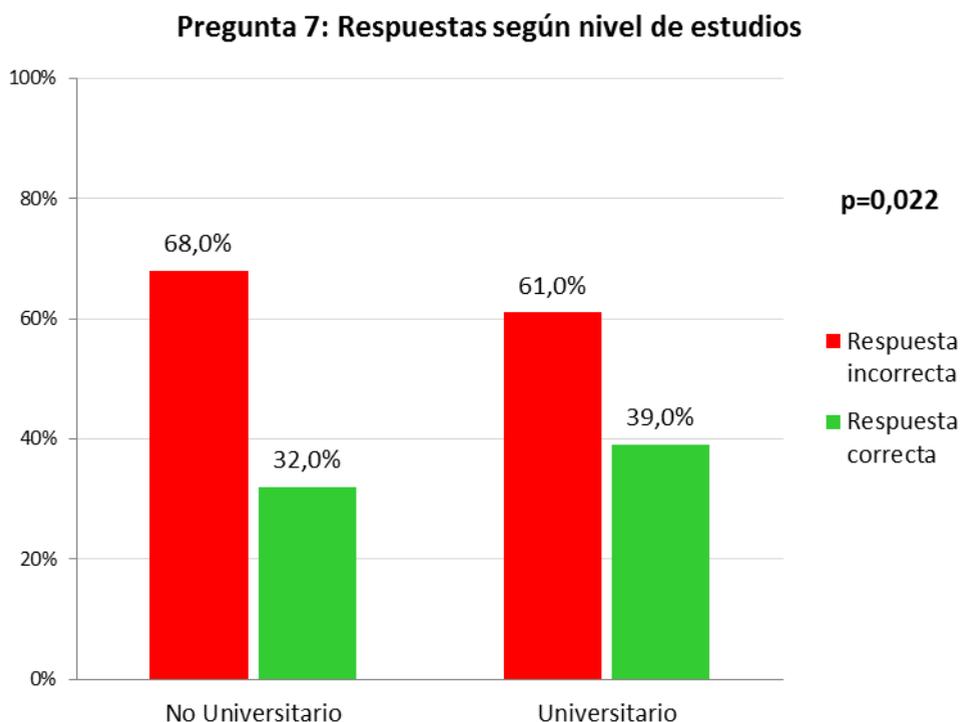


Figura 7.8. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del nivel de estudios.

## Ante la pregunta número ocho

¿QUIÉN FIRMA EL CONSENTIMIENTO DE LOS MENORES DE 16 AÑOS MADUROS?

- a. Ellos mismos.
- b. Ellos mismos, pero informando a sus representantes legales.
- c. Los padres o el representante legal.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA B.

El porcentaje global de contestación correcta al octavo ítem fue del 28%. La mayor parte de los participantes, un 56%, eligieron la opción c (Los padres o el representante legal). (Figura 8.1).

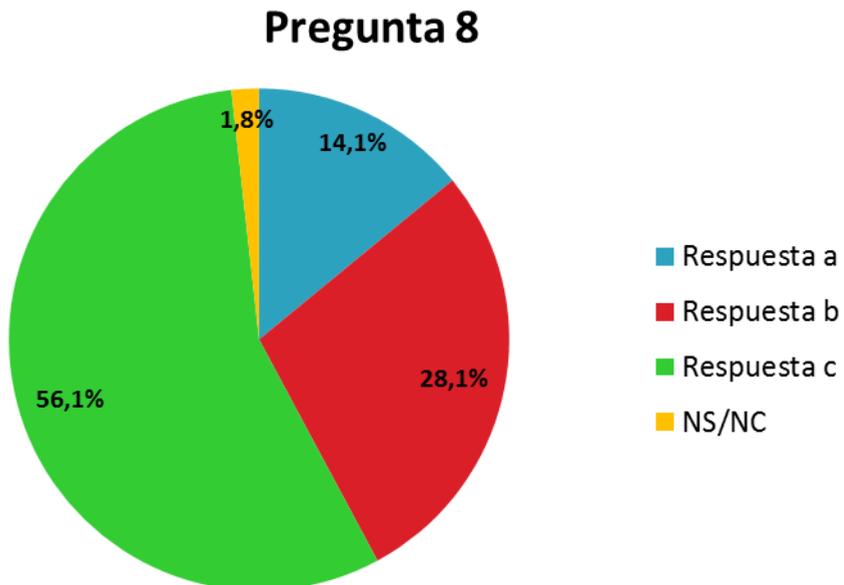


Figura 8.1. Porcentaje de contestaciones correctas a la pregunta 8.

## SEXO

Observando los porcentajes de respuesta al ítem ocho por sexos, las diferencias entre los sexos no alcanzan significación estadística.

Los hombres contestaron con mayor porcentaje de éxito que las mujeres (Figura 8.2) (OR: 0,879; IC 95%: 0,599-1,294;  $p=0,510$ ).

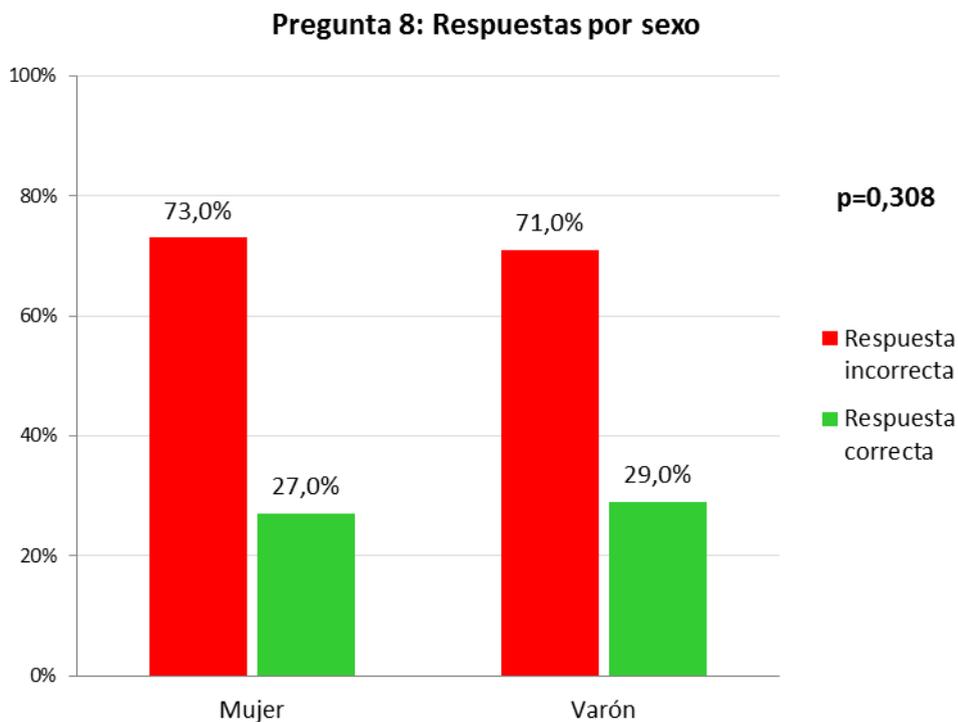
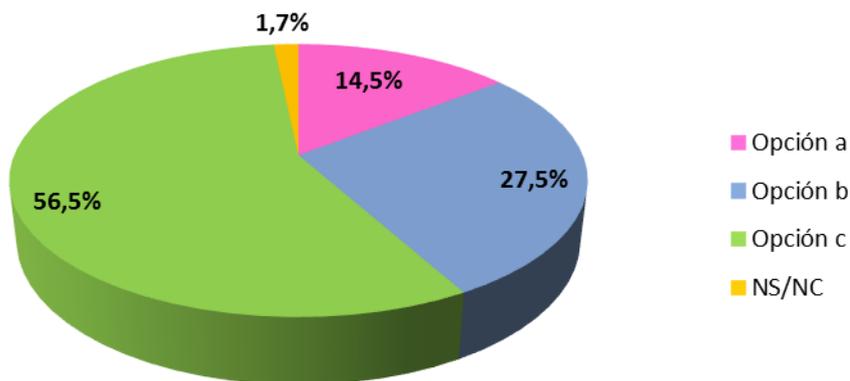


Figura 8.2. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por sexo a la pregunta 8.

En la Figura 8.3 observamos que opciones fueron las más elegidas en función del sexo. Ambos sexos se inclinaron por la opción c (opción incorrecta).

**Pregunta 8: Opciones respondidas (Mujer)**



**Pregunta 8: Opciones respondidas (Varón)**

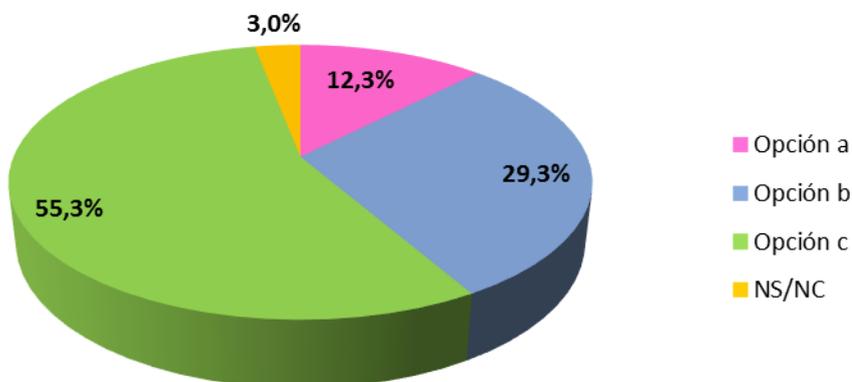


Figura 8.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

El estudio evidenció que no existen diferencias estadísticamente significativas al estratificar la muestra por estratos de edad (Figura 8.4) (OR:0,934; IC 95%: 0,628-1,389;  $p=0,737$ ).

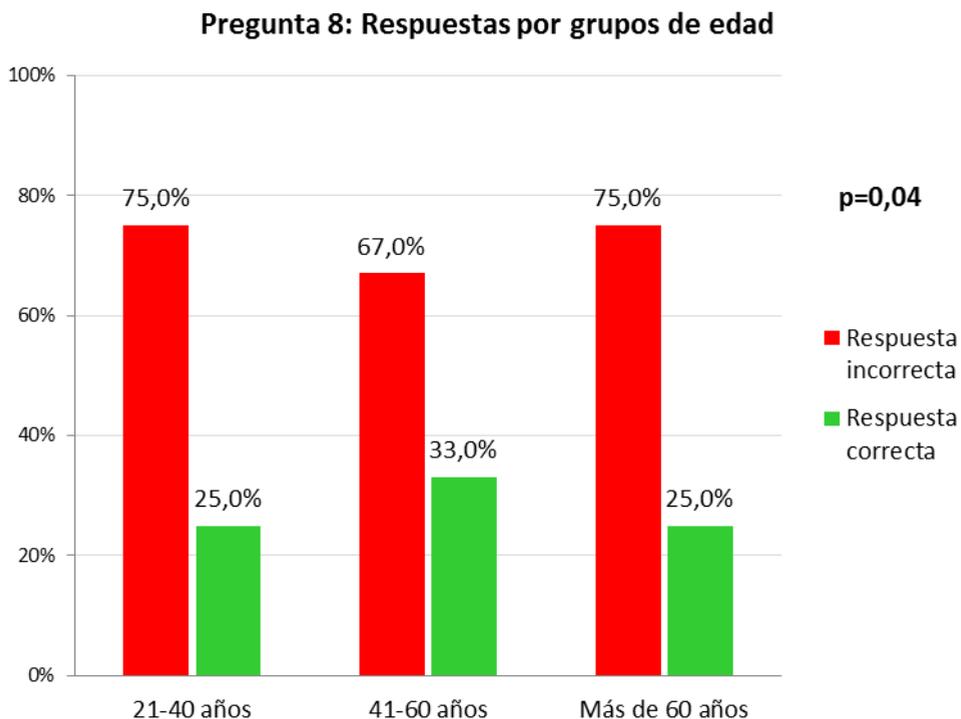


Figura 8.4 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del estrato de edad.

## HIJOS

No existieron diferencias significativas en los porcentajes de acierto entre los participantes que tenían hijos y los que no (Figura 8.5) (OR: 1,589; IC 95%: 0,821-3,079;  $p=0,170$ ).

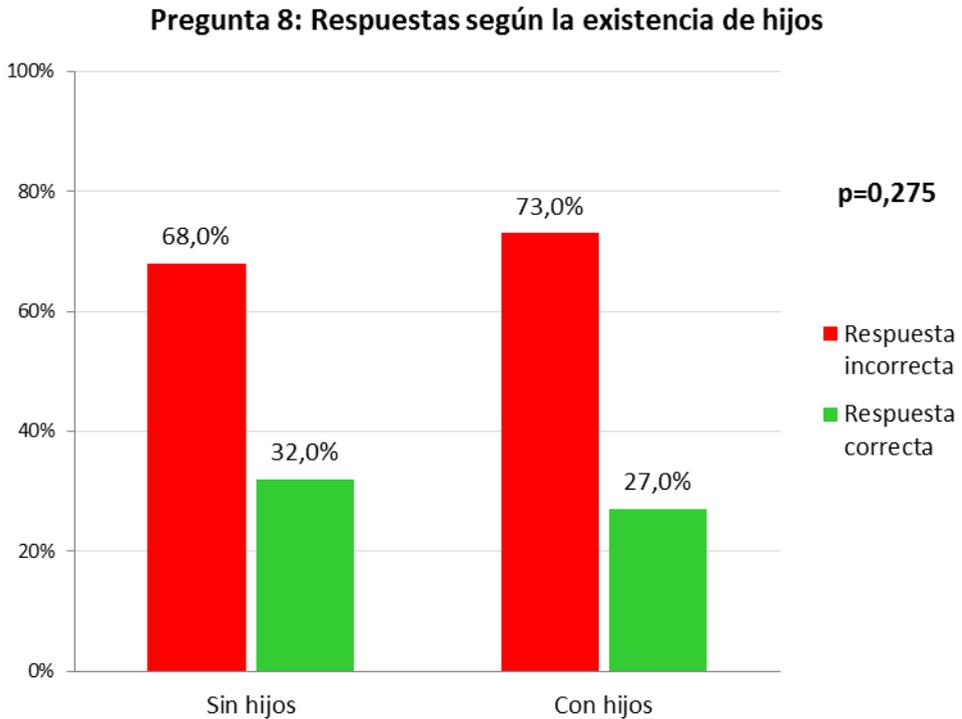


Figura 8.5. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de los hijos.

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 8.6 se observa la comparación en el porcentaje de contestaciones con éxito entre los profesionales sanitarios y los no sanitarios.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los participantes. (OR: 1,100; IC 95%: 0,665-1,820;  $p=0,709$ ).

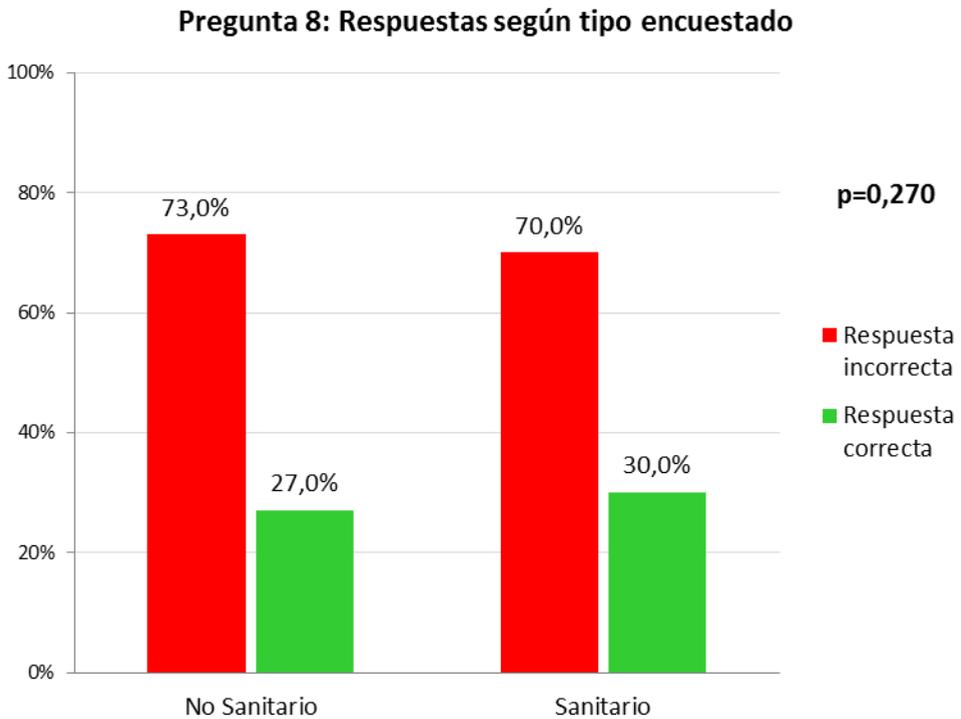


Figura 8.6 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

La Figura 8.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado.

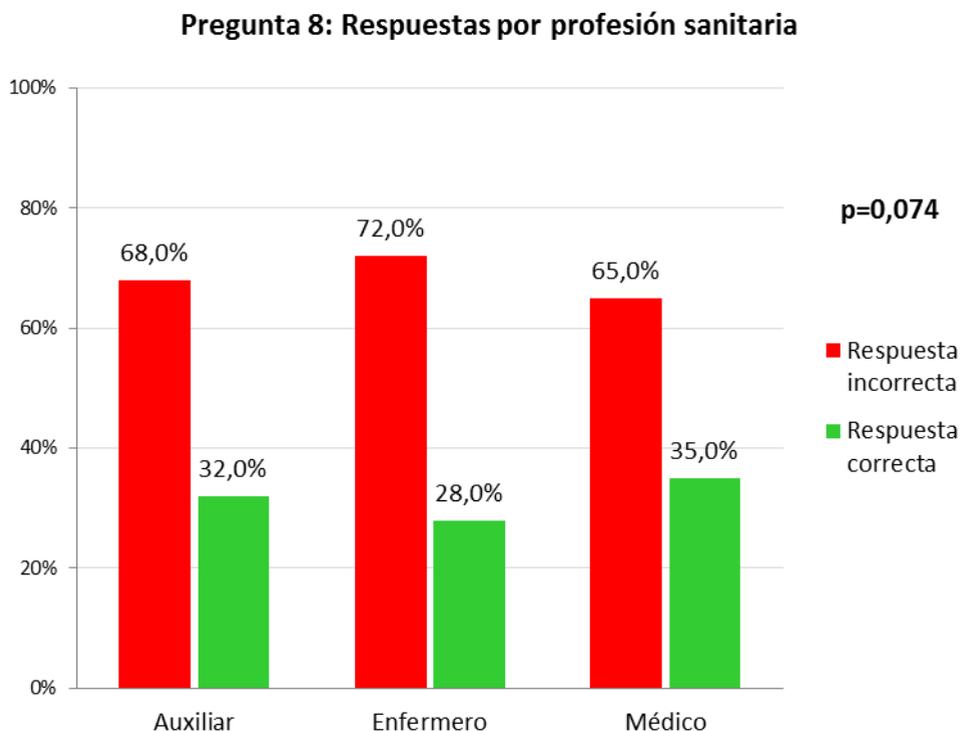


Figura 8.7 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

Cuando se dicotomizó las profesiones sanitarias en médicos y no médicos, no se obtuvieron resultados significativos (OR:1,745 IC 95% 0,837-3,637 ;  $p=0,137$ ).

## UNIVERSITARIOS

No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en el porcentaje de aciertos entre el grupo de universitarios frente a no universitarios.

Los universitarios contestaron con mayor porcentaje de aciertos que los no universitarios (Figura 8.8) (OR:0,920; IC 95%: 0,618-1,311;p=0,683).

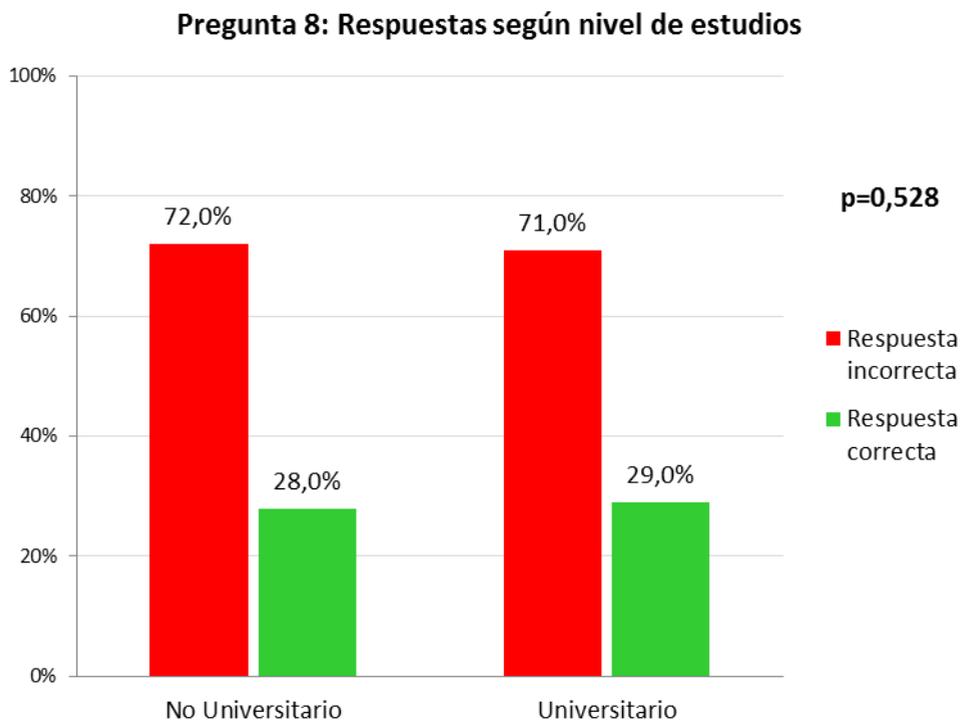


Figura 8.8. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del nivel de estudios.

## Ante la pregunta número nueve

¿SE PUEDE INTERNAR FORZOSAMENTE A UN MENOR EN UN CENTRO PSIQUIÁTRICO?

- No, hay que escuchar al menor y si es maduro no se debe internar.
- Sí, con la autorización paterna o del representante legal es suficiente.
- Sí, pero además de la autorización paterna o del representante legal es necesaria la autorización judicial.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA C.

El porcentaje global de contestación correcta al noveno ítem fue del 64%. (Si, pero además de la autorización paterna o del representante legal es necesaria la autorización judicial)

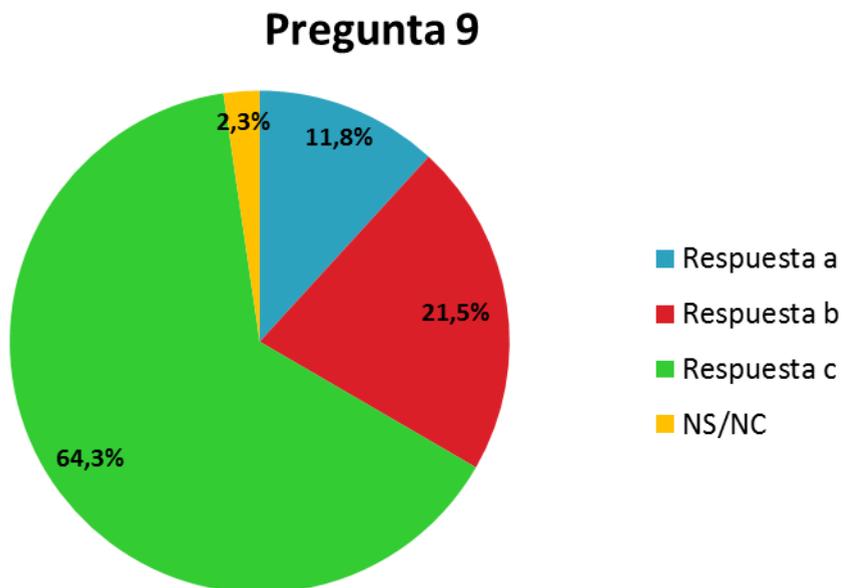


Figura 9.1. Porcentaje de contestaciones por opción a la pregunta 9.

## SEXO

Observando los porcentajes de respuesta al ítem nueve por sexos, las diferencias entre los aciertos no alcanzan significación estadística, un 66% de mujeres contestaron correctamente frente a un 59% de hombres (Figura 1.2) (OR: 1,338; IC95%: 0,933-1,920;  $p=0,114$ ).

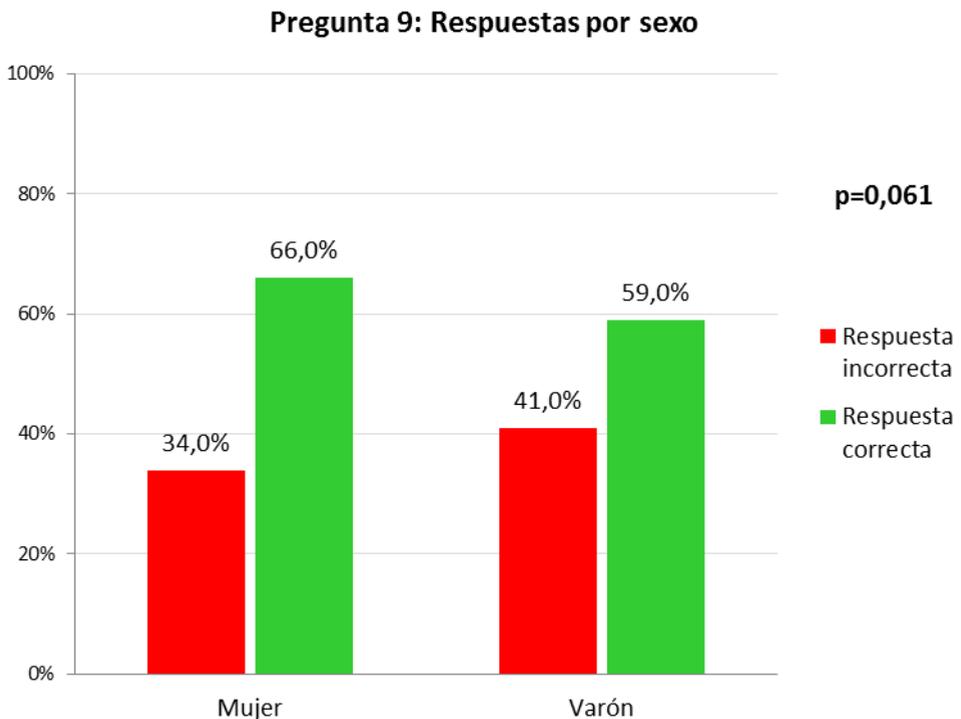


Figura 9.2. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por sexo

En la Figura 9.3 observamos que opciones fueron las más elegidas en función del sexo. Ambos sexos se decantaron de forma mayoritaria por la opción c(opción correcta).

**Pregunta 9: Opciones respondidas (Mujer)**

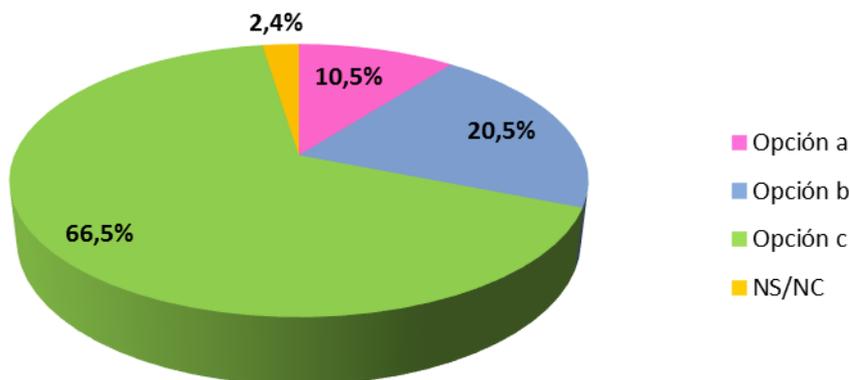


Figura 9.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

**Pregunta 9: Opciones respondidas (Varón)**

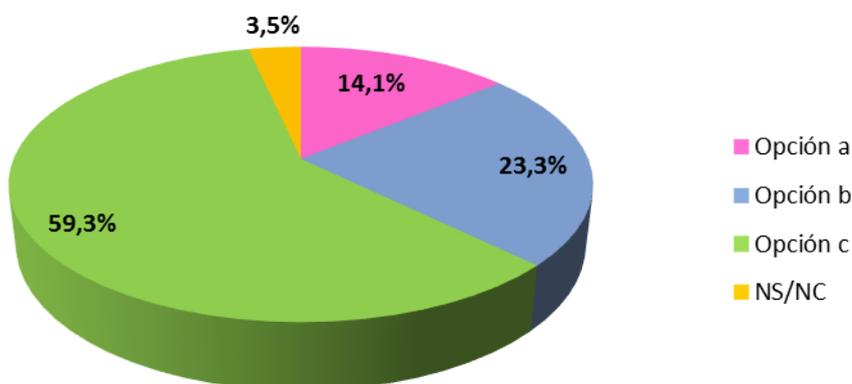


Figura 9.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto cuando se estratificó la muestra por intervalos de edad (Figura 9.4).

Dicotomizando la muestra por edad en mayor de la edad media, no se obtuvieron resultados significativos. (OR: 0,917; IC95%: 0,634-1,327;  $p=0,647$ ).

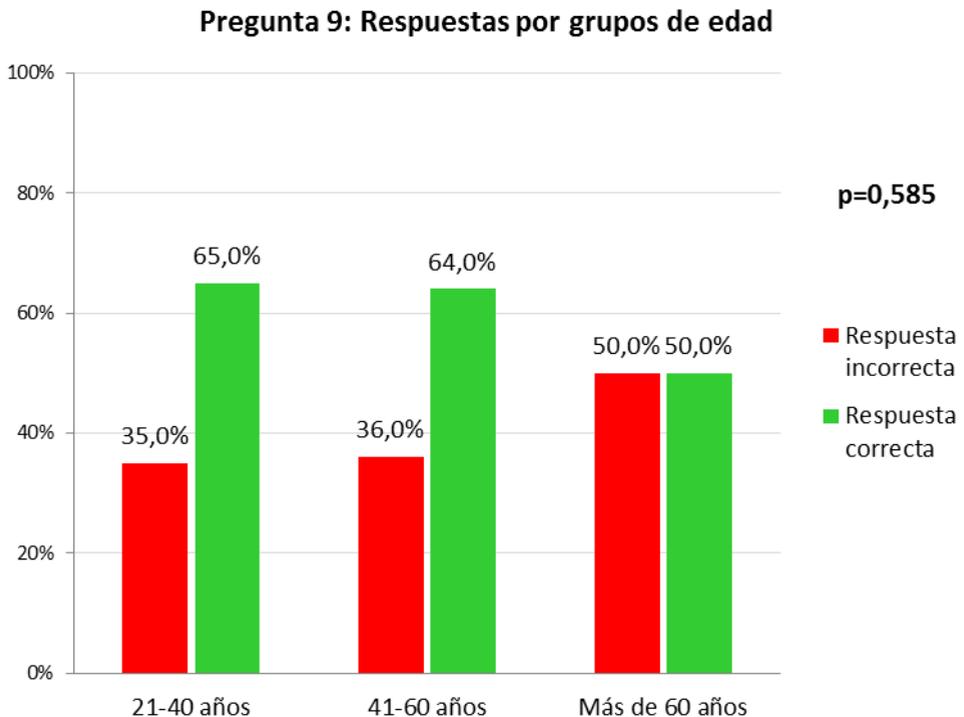


Figura 9.4. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del estrato de edad.

## HIJOS

El estudio reveló que existieron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de acierto entre los participantes que tenían hijos y los que no. Así, un 73% de los individuos sin hijos contestaron correctamente frente a un 62% de los participantes con hijos (Figura 9.5). (OR: 0,828;IC 95%: 0,421-1,627;0=0,583).

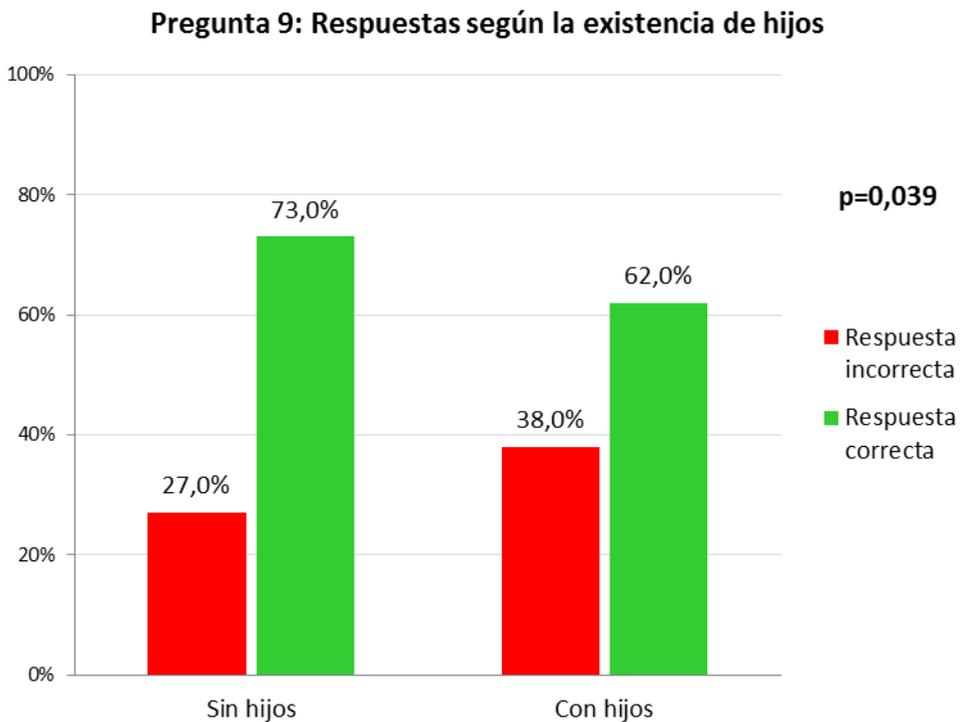


Figura 9.5. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de los hijos.

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 9.6 se observa la comparación en el porcentaje de aciertos entre profesionales sanitarios y no sanitarios.

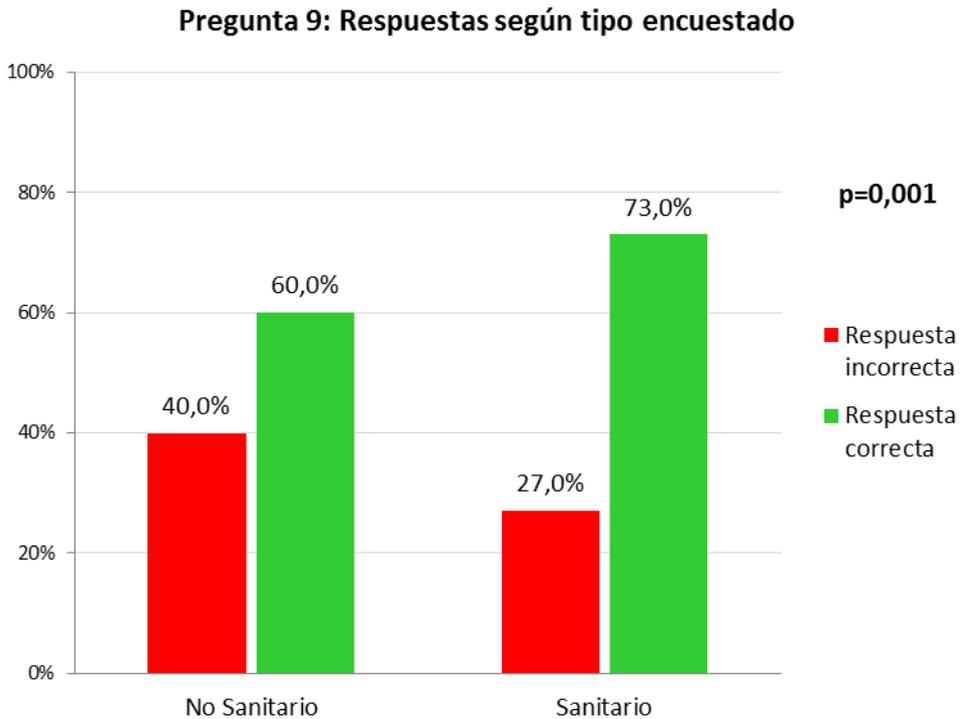


Figura 9.6. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes. Así contestaron correctamente un 60% de los pertenecientes al grupo de profesiones no sanitarias frente a un 73% del grupo sanitario. Los profesionales sanitarios duplican la probabilidad de contestar con éxito a esta pregunta (OR: 1,88; IC 95%: 1,148-3,094;  $p=0,012$ ).

La Figura 9.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado. Se observa que los médicos fueron los que contestaron con mayor acierto con un 80% ( $p=0,023$ ).

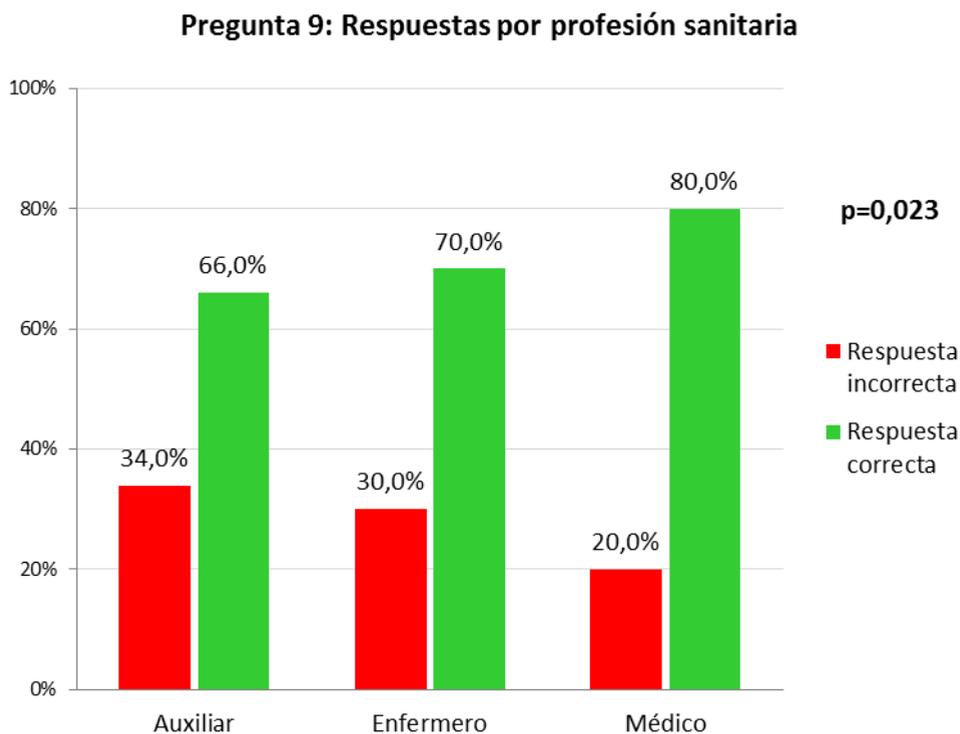


Figura 9.7 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

Cuando se dicotomizó las profesiones sanitarias en médicos y no médicos, no se obtuvieron resultados significativos. (OR: 1,653; IC 95%: 0,759-3,602;  $p=0,206$ ).

## UNIVERSITARIOS

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto entre el grupo de universitarios frente a no universitarios (Figura 9.8). Así los universitarios contestaron de forma correcta con un porcentaje del 67%.

Al realizar el análisis de riesgo controlando los factores de confusión no se mantuvo el nivel de significación. (OR: 0,917; IC95%: 0,634-1,327;  $p=0,647$ ).

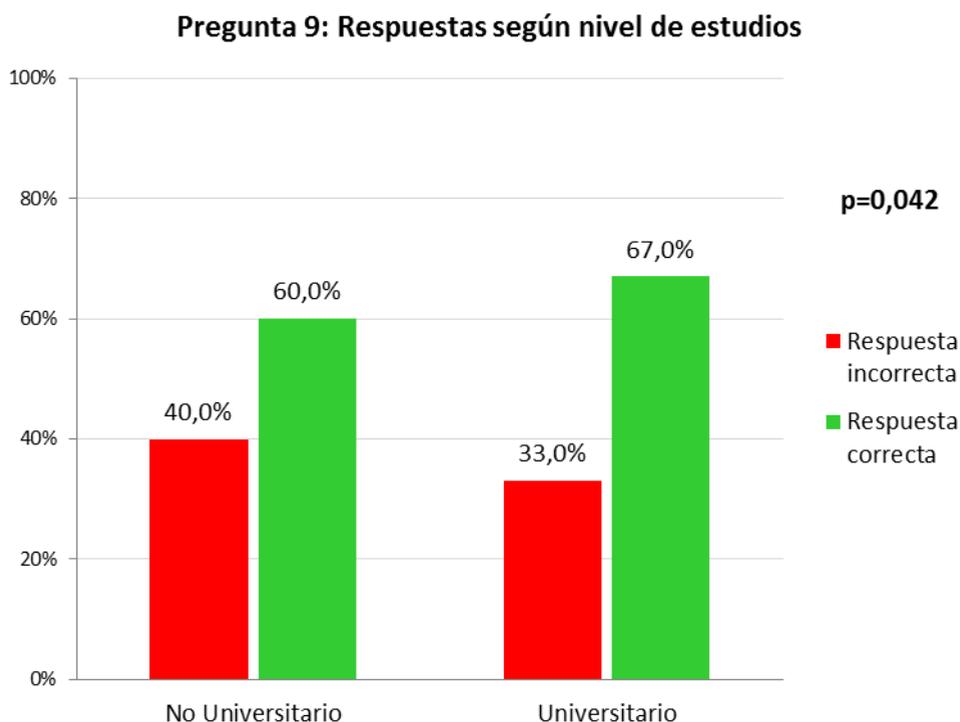


Figura 9.8. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del nivel de estudios.

## Ante la pregunta número diez

¿ES OBLIGATORIO EL CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN?

- a. Sí, es un acto imprescindible en la salud del menor.
- b. No, pero es recomendable y obligatorio para la escolarización.
- c. Sí, siempre y cuando sean casos de epidemia o pandemia.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA C

El porcentaje global de contestación correcta a este ítem es 11%. La mayoría de los participantes contestaron de forma incorrecta eligiendo la opción a. (Si, es un acto imprescindible en la salud del menor). (Figura 10.1).

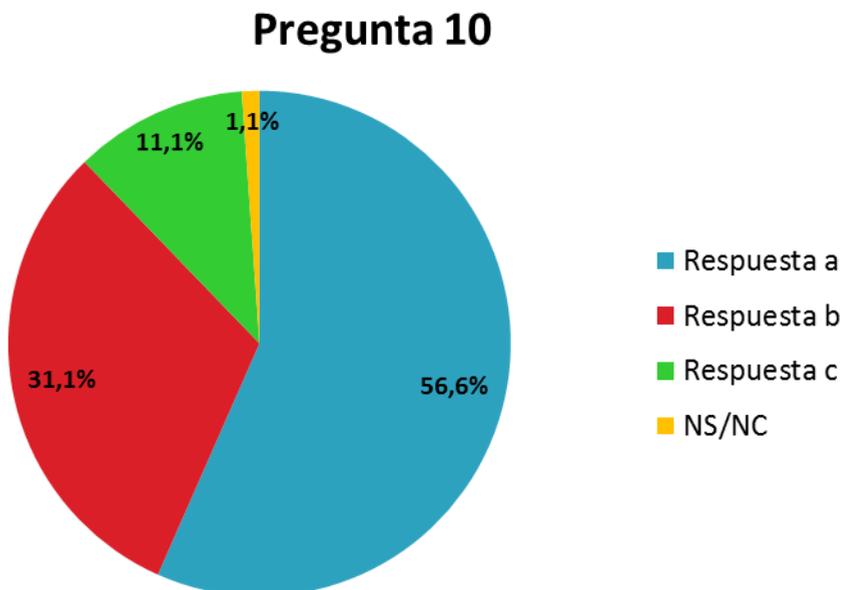


Figura 10.1. Porcentaje de contestaciones correctas a la pregunta 10.

## SEXO

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas comparando la muestra por sexo. (Figura 10.2). (OR: 1,042; IC 95%:0,593-1,826;  $p=0,888$ ).

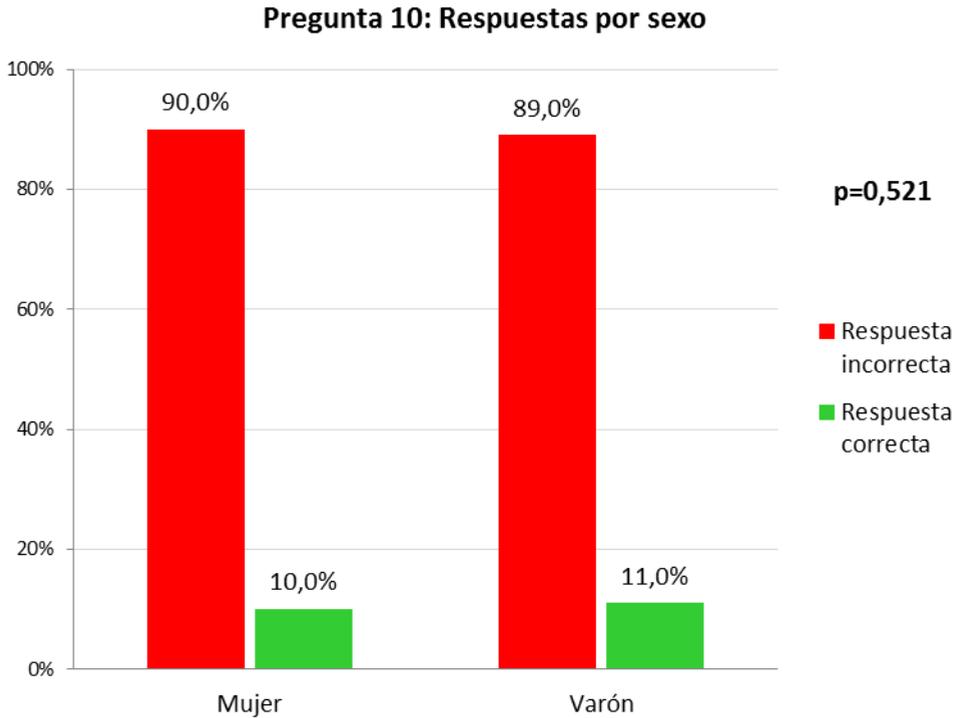


Figura 10.2. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del sexo

En la Figura 10.3 se muestra que opciones fueron las elegidas en función del sexo. Ambos sexos se decantaron por la opción incorrecta, la a. (Sí, es un acto imprescindible en la salud del menor).

**Pregunta 10: Opciones respondidas (Mujer)**

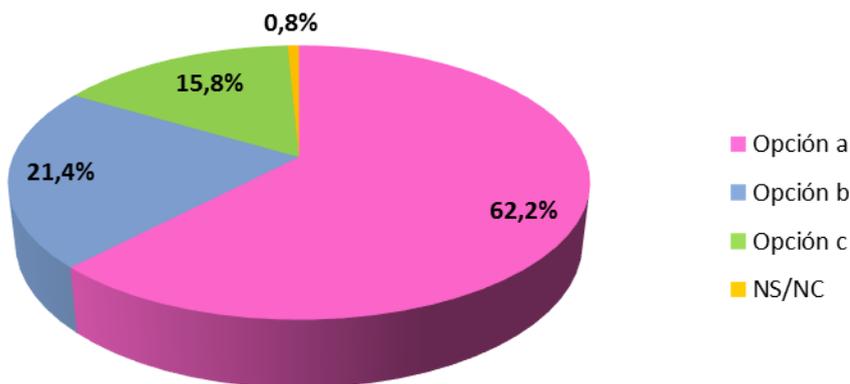


Figura 10.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

**Pregunta 10: Opciones respondidas (Varón)**

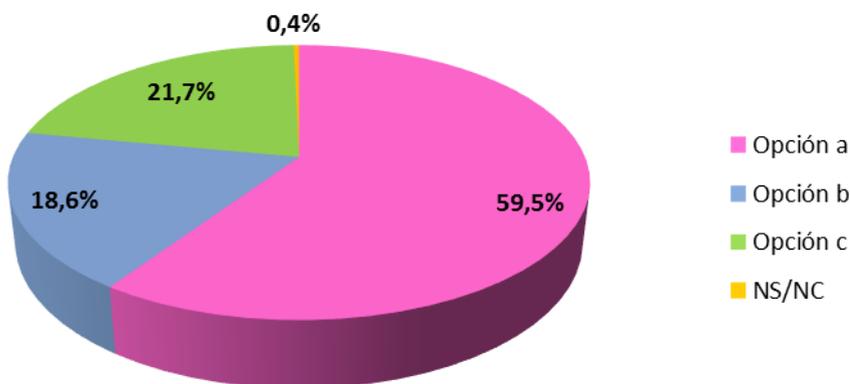


Figura 10.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

Analizando los porcentajes de respuesta al ítem diez por grupos de edad, el estudio no reveló diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de aciertos. (Figura 10.4). (OR: 0,888; IC95%: 0,504-1,565;  $p=0,681$ ).

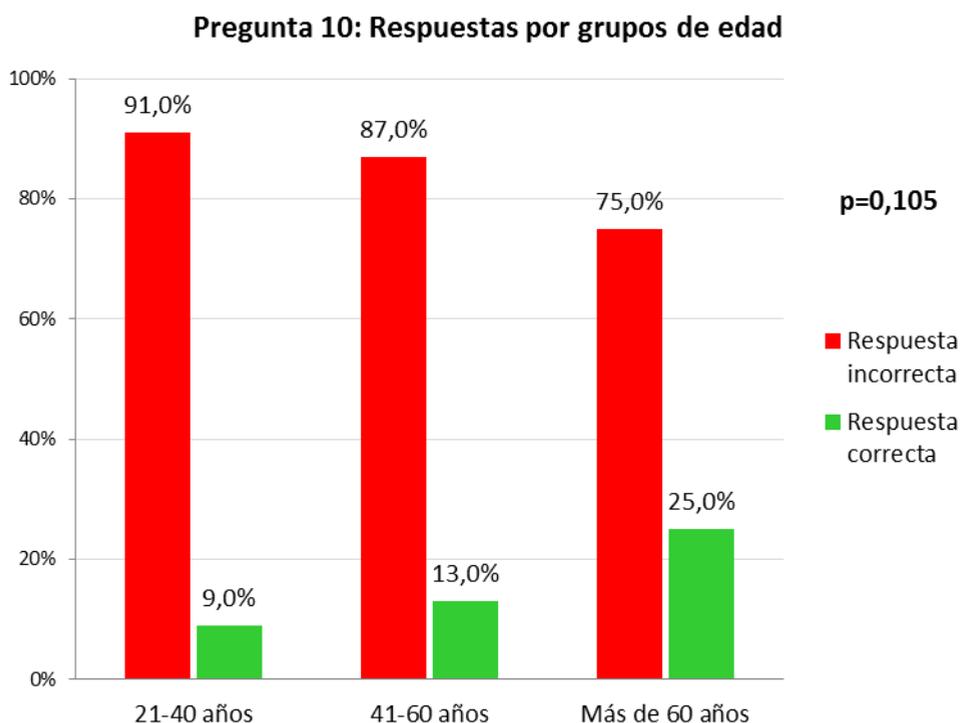


Figura 10.4. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función del estrato de la edad.

## HIJOS

El estudio reveló que no existen diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de aciertos entre los participantes que tenían hijos y los que no. (Figura 10.5). (OR: 1,041; IC 95% 0,593-1,826;  $p=0,888$ ).

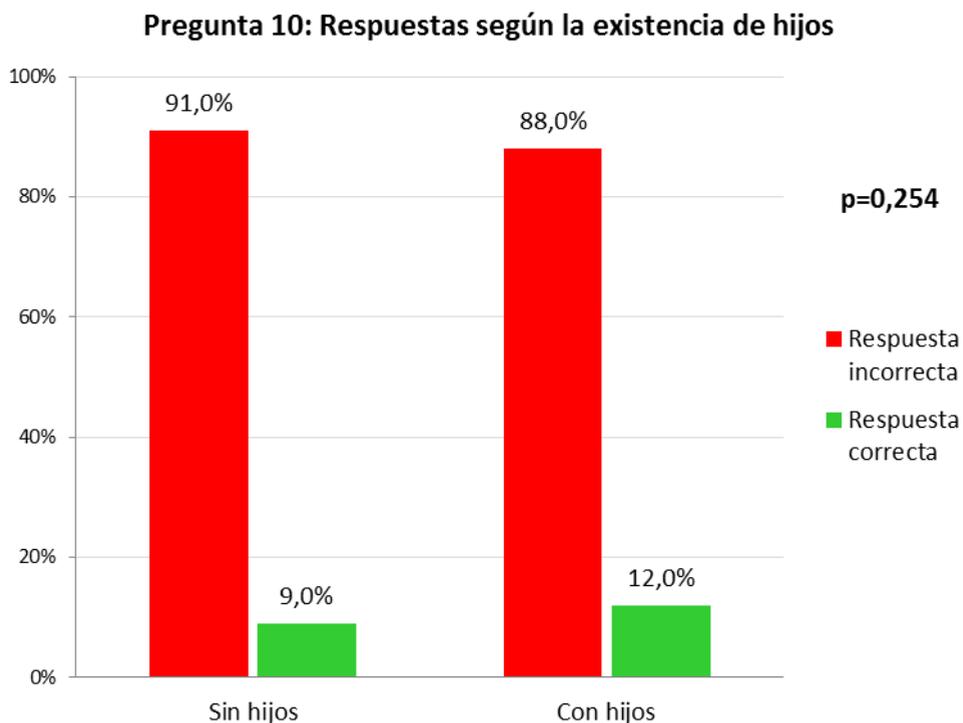


Figura 10.5 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de la existencia de hijos

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 10.6 se observa la comparación en el porcentaje de aciertos entre los profesionales sanitarios y no sanitarios.

No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes ( $p=0,486$ ). (OR: 1,110; IC95% 0,540-2,247;  $p=0,771$ ).

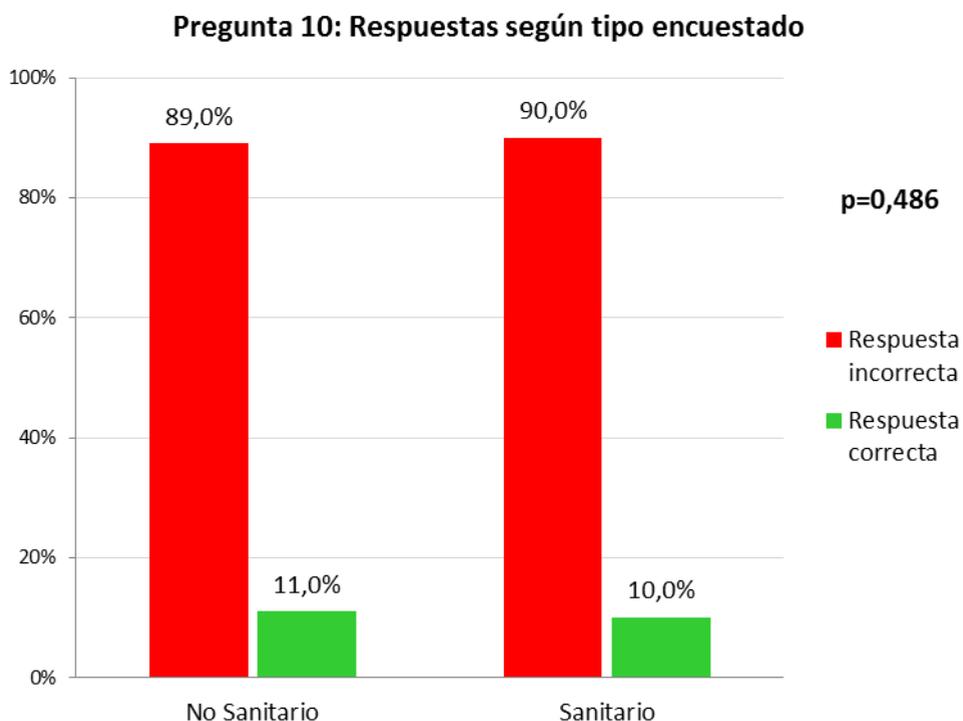


Figura 10.6 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios

La figura 10.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado.

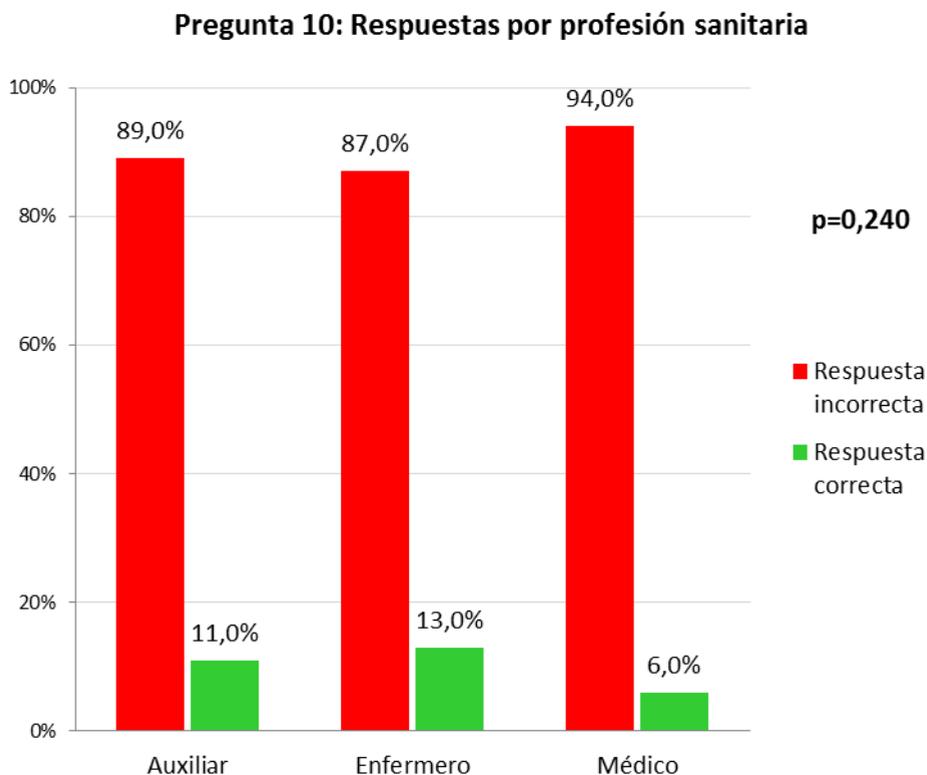


Figura 10.7. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de la profesión sanitaria

## UNIVERSITARIOS

No existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto entre el grupo de universitario frente al grupo de no universitarios (Figura 10.8).

Los participantes universitarios contestaron con mayor porcentaje de éxito. (OR: 0,888; IC95%:0,504-1,565;  $p=0,681$ ).

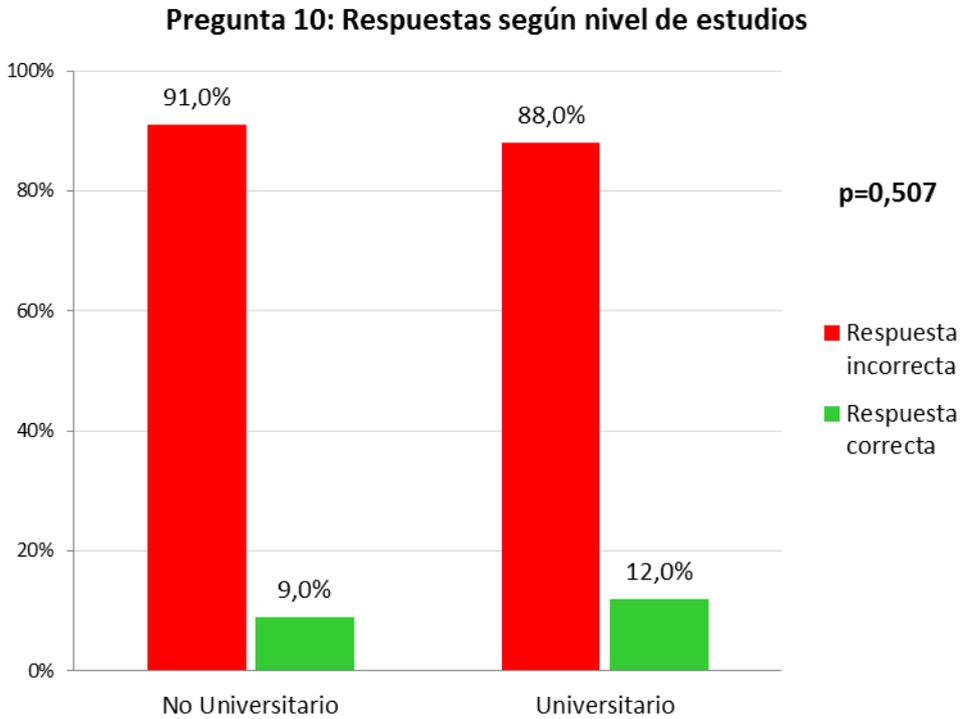


Figura 10.8 Porcentaje de contestaciones correctas en función del nivel de estudios.

## Ante la pregunta número once

¿SE PUEDE NEGAR UN MENOR DE 16 AÑOS A UN TRATAMIENTO?

- No, siempre y cuando sus padres o tutores legales estén de acuerdo con el tratamiento.
- No, aunque tenga 16 años cumplidos y no sea un tratamiento imprescindible.
- Se valorará sus opiniones y la gravedad de la situación y en caso de ser necesario a pesar de la negativa se administrará el tratamiento con autorización judicial.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA C.

El porcentaje global de contestación correcta fue de 53%.

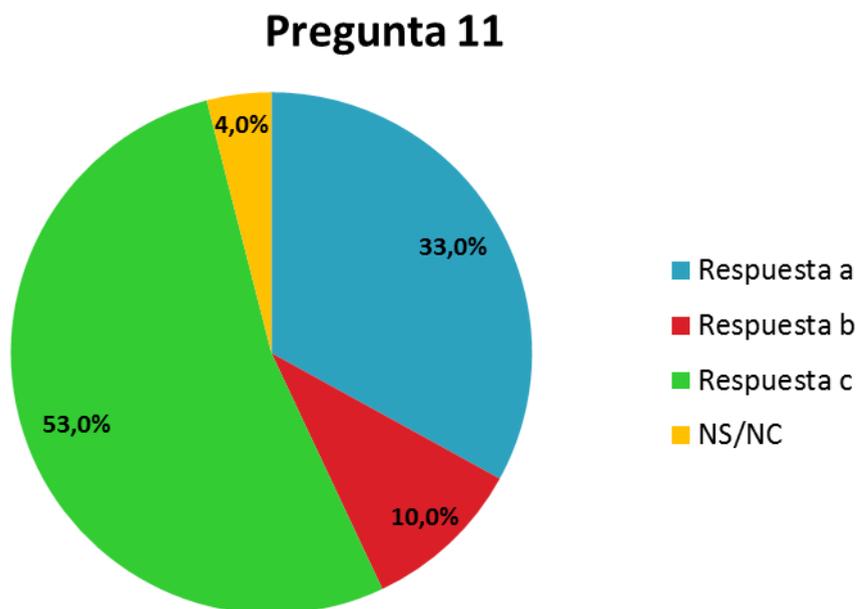


Figura 11.1. Porcentaje de contestaciones correctas a la pregunta 11.

La mayoría de los participantes que contestaron de forma correcta. (Se valorará sus opiniones y el la gravedad de la situación y en caso de ser necesario a pesar de la negativa se administrará el tratamiento con autorización judicial. (Figura 11.1).

## SEXO

El estudio reveló que no existen diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de acierto. (Figura 11.2) (OR: 0,999; IC95% 0,701-1,424;  $p=0,997$ ).

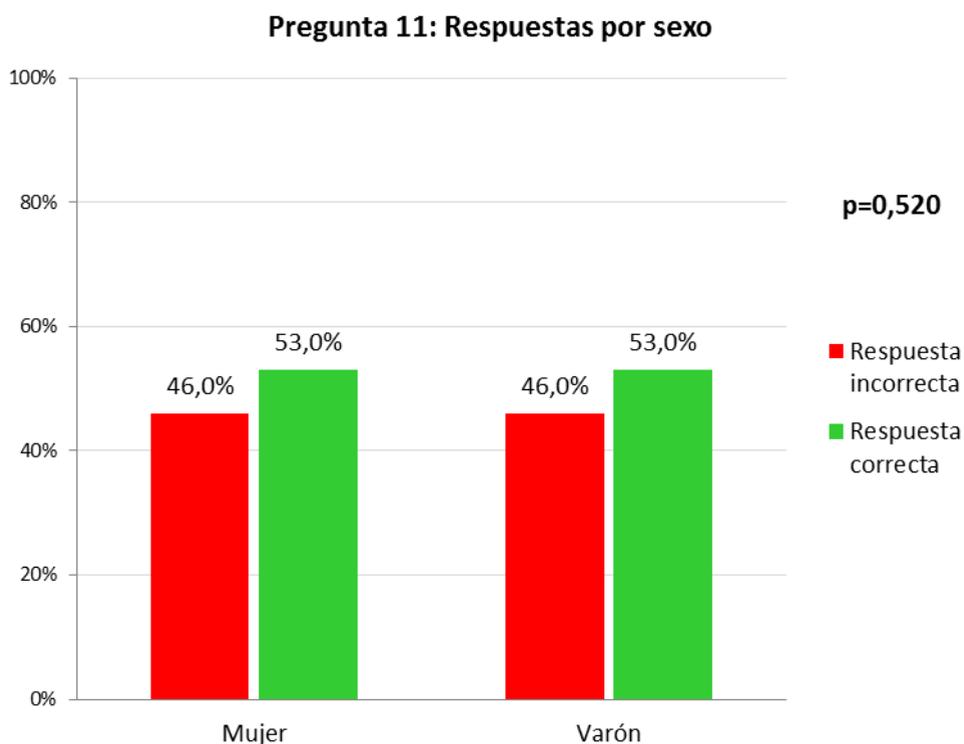


Figura 11.2. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función del sexo.

En la Figura 11.3 observamos que opciones fueron las más elegidas en función del sexo. Las mujeres se inclinaron por la opción c (opción correcta), al igual que los hombres.

**Pregunta 11: Opciones respondidas (Mujer)**

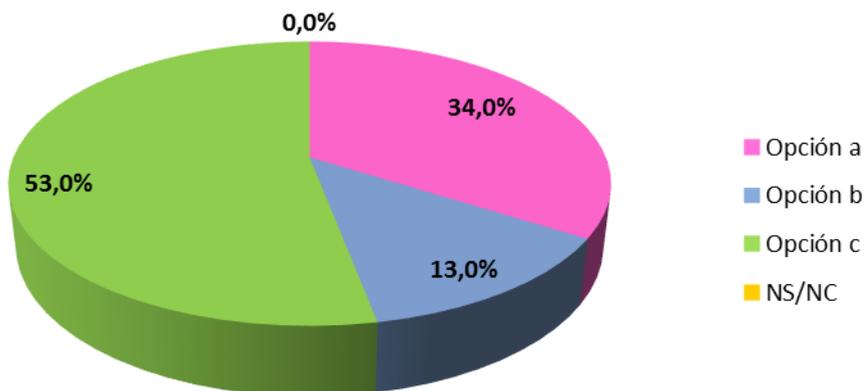


Figura 11.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

**Pregunta 11: Opciones respondidas (Varón)**

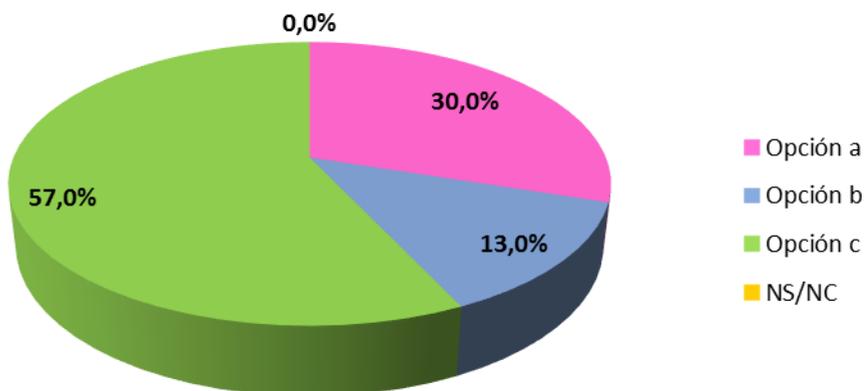


Figura 11.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto cuando se estratificó la muestra por intervalos de edad. ( $p=0,634$ )(Figura 11.4) (OR: 1,116; IC95%: 0,791-1,575;  $p=0,533$ ).

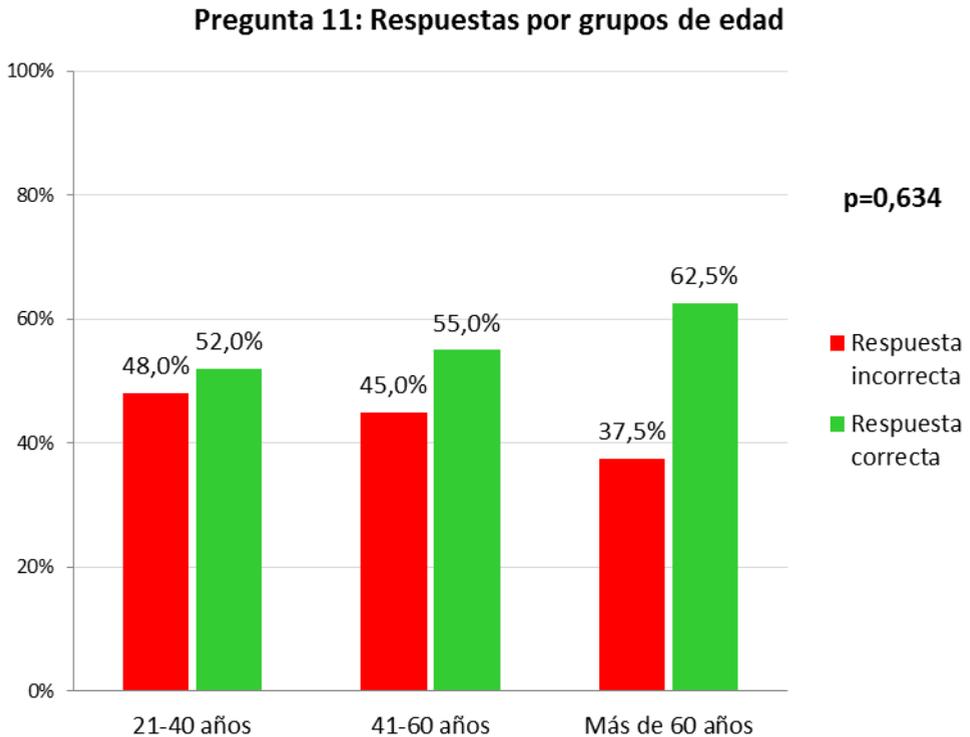


Figura 11.4 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del estrato de edad.

## HIJOS

En la Figura 11.5 se observa la comparación en el porcentaje de aciertos entre los participantes que tienen hijos y los que no tienen. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. ( $p<0,01$ )

Resultado que no se mantuvo al realizar el análisis de riesgo controlado por factores de confusión. (OR: 1,547; IC 95%:0,810-2,953;  $p=0,186$ ).

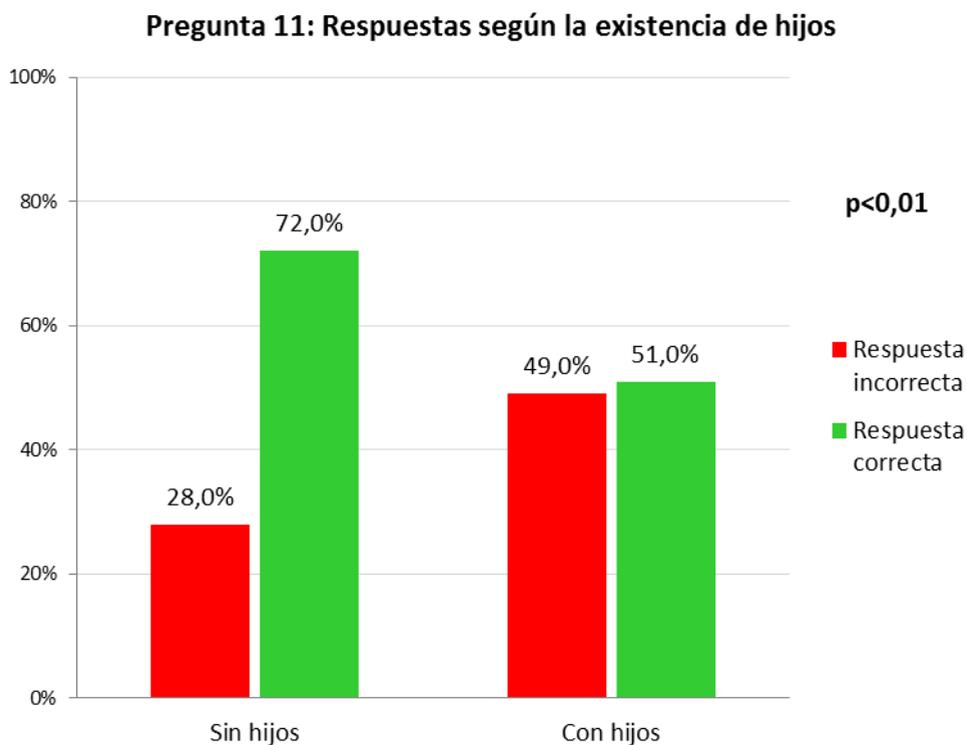


Figura 11.5. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de los hijos.

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 11.6 se observa la comparación en el porcentaje de contestaciones con éxito entre los profesionales sanitarios y los no sanitarios, sí que se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes.

Así contestaron correctamente un 67% de los pertenecientes al grupo sanitario frente a un 47% del grupo no sanitario.

El análisis de riesgo muestra que los profesionales sanitarios casi duplican las probabilidades de contestar correctamente a la pregunta. (OR: 1,588; IC95%:1,003-2,514;  $p=0,049$ ).

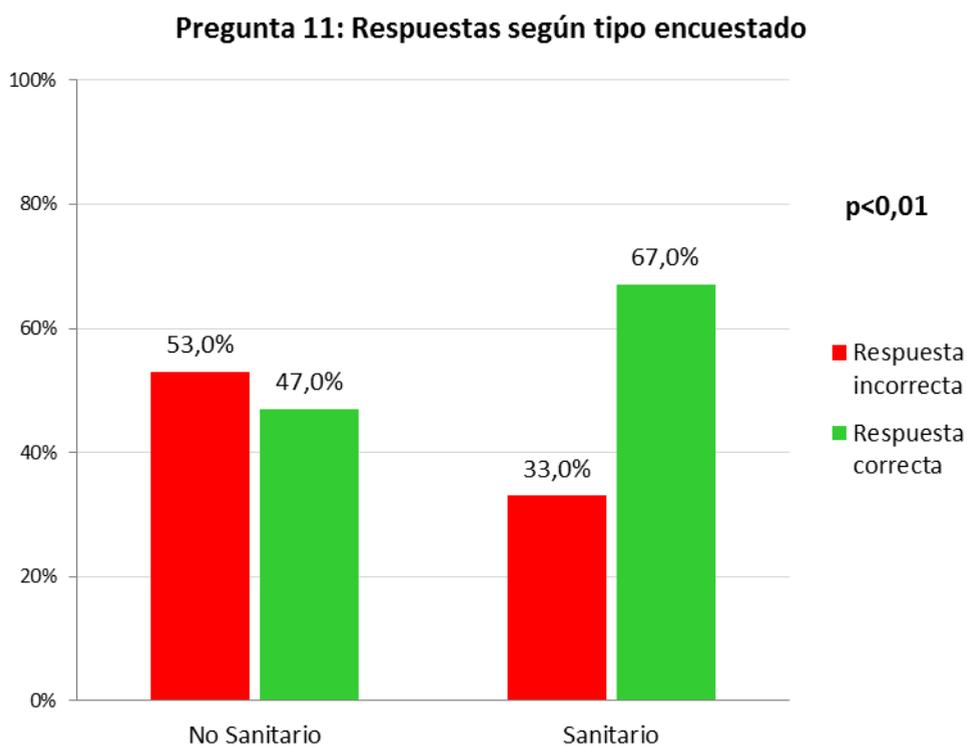


Figura 11.6 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

La Figura 11.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado.

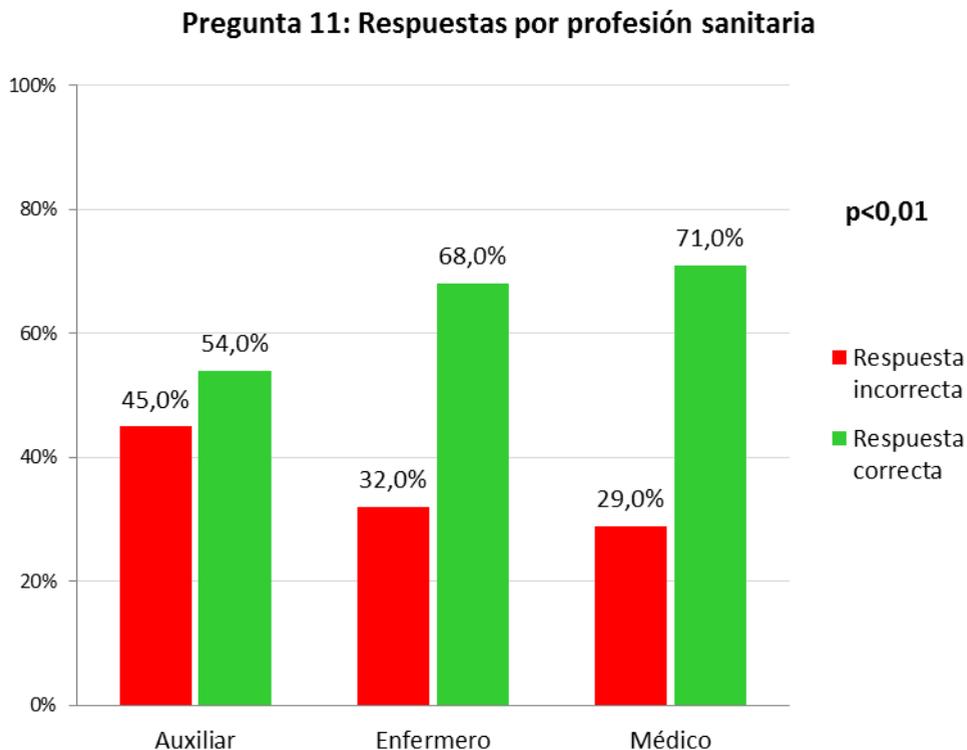


Figura 11.7. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

Se observa que los médicos contestaron con un mayor acierto con un 71%. Dicotomizando las profesiones sanitarias en médicos y no médicos no se observan diferencias estadísticamente significativas (OR: 1,179; IC95%: 0,568-2,445; p=0,658).

## UNIVERSITARIOS

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto entre el grupo de universitario frente al grupo de no universitarios (Figura 11.8). Sin embargo no se mantuvo el nivel de significación al realizar el análisis de riesgo controlado por factores de confusión. (OR: 0,786; IC 95% 0,549-1,126;  $p=0,190$ ).

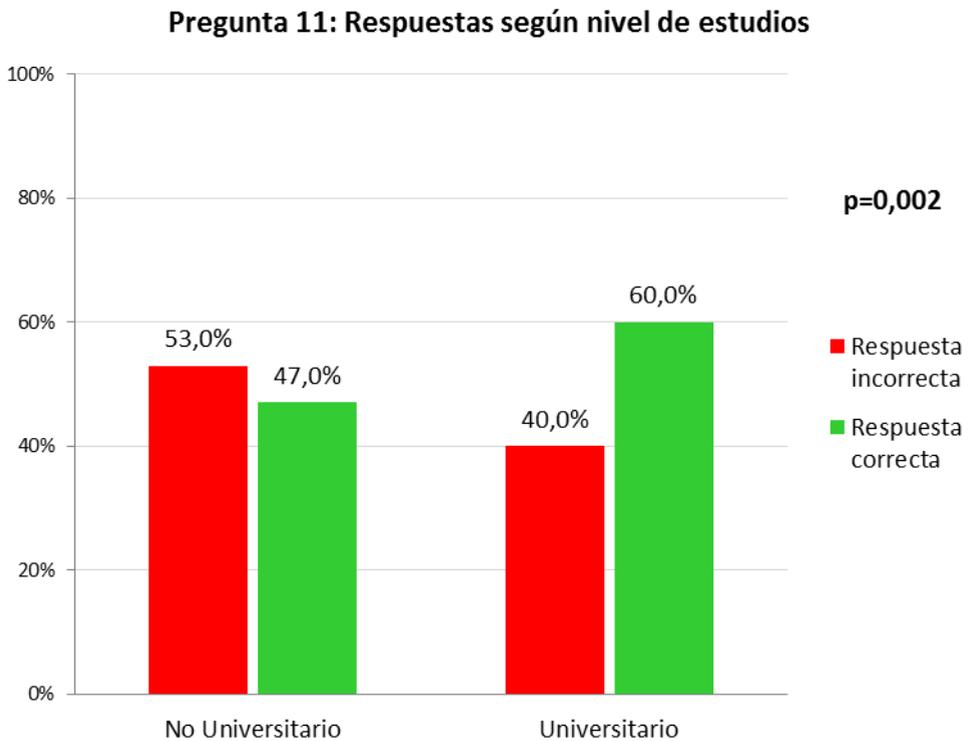


Figura 11.8. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del nivel de estudios.

## Ante la pregunta número doce

¿SE PUEDE REALIZAR LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN VIDA DE UN HERMANO A OTRO SIN SU CONSENTIMIENTO?

- Sí, mandan los padres o representantes legales.
- No, aún con su consentimiento.
- Sí, siempre y cuando no haya negación, y el trasplante se realice de tejidos vivos y con todas las garantías para el donante.

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA C.

El porcentaje global de contestación correcta fue de 66%. ( Sí, siempre y cuando no haya negación, y el trasplante se realice de tejidos vivos y con todas las garantías para el donante). (Figura 12.1).

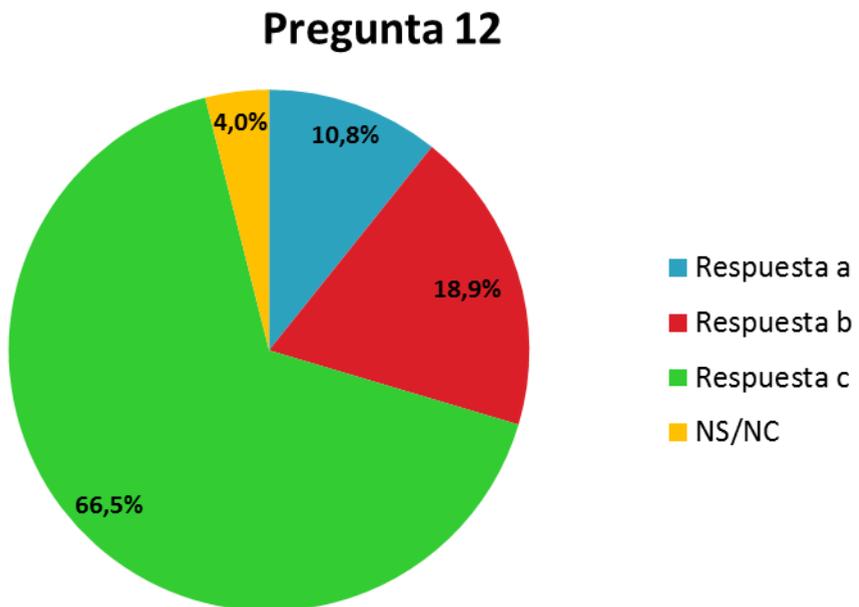


Figura 12.1. Porcentaje de contestaciones correctas a la pregunta 12.

## SEXO

Observando los porcentajes de respuesta al ítem doce por sexos, las diferencias entre los aciertos alcanzaron significación estadística. ( $p=0,002$ ) (Figura 12.2).

Al realizar el análisis de riesgo controlado por factores de confusión, se obtuvo que las mujeres casi duplicaban la probabilidad de contestar correctamente a la pregunta. (OR: 1,705; IC95%: 1,188-2,447;  $p=0,004$ ).

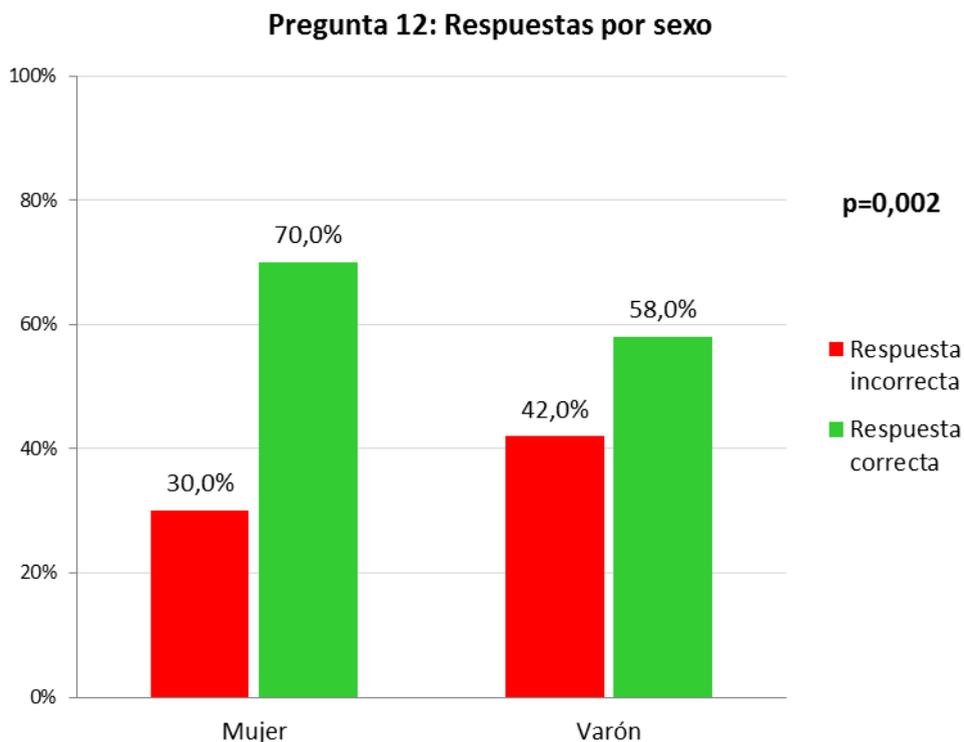


Figura 12.2. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función del sexo.

En la Figura 12.3 observamos que opciones fueron las más elegidas en función del sexo. Las mujeres se inclinaron por la opción c (opción correcta) con un porcentaje del 73%, al igual que los hombres con un porcentaje del 60%.

**Pregunta 12: Opciones respondidas (Mujer)**

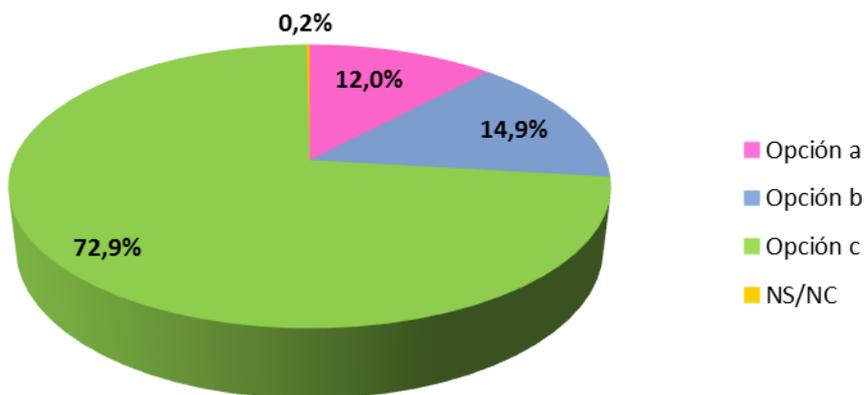


Figura 12.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

**Pregunta 12: Opciones respondidas (Varón)**

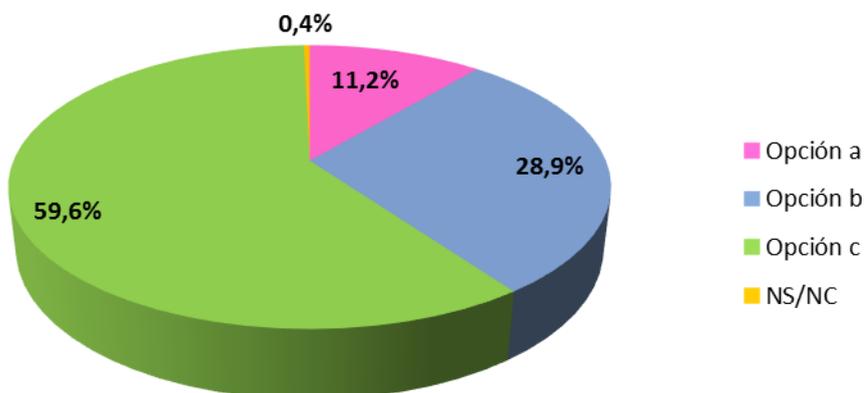


Figura 12.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

El estudio evidenció que no existieron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de aciertos entre los participantes cuando se estratificó la muestra por intervalos de edad. (Figura 12.4).

Dicotomizando la muestra por edad no se mantuvo la significación (OR: 1,087; IC95%: 0,757-1,561;  $p=0,652$ ).

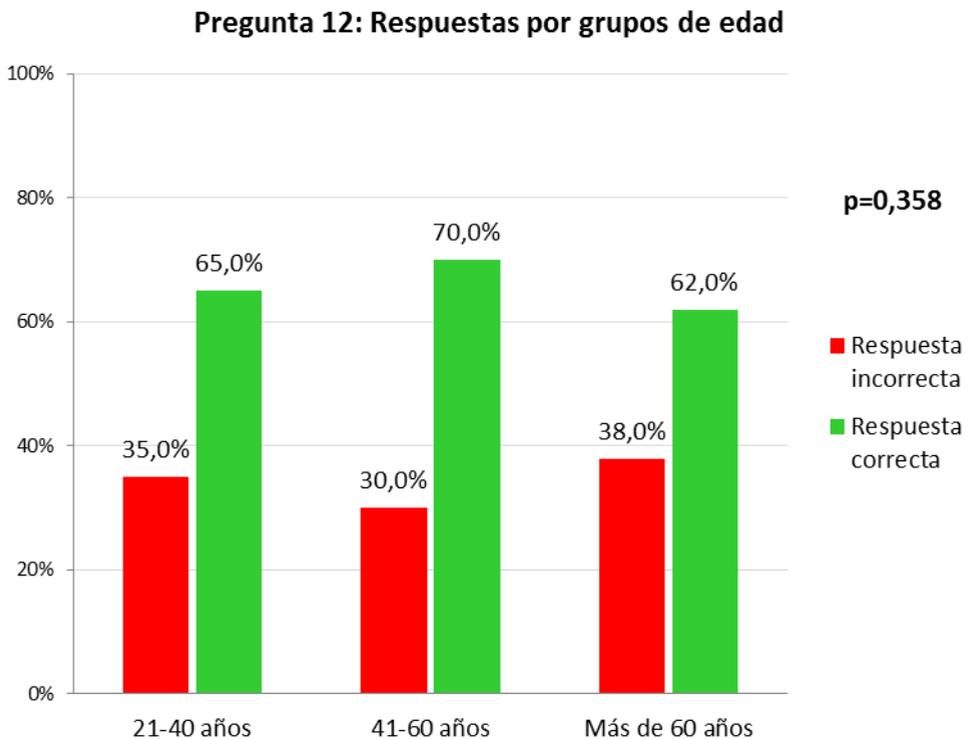


Figura 12.4 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del estrato de edad.

## HIJOS

El estudio reveló que no existieron diferencias significativas en los porcentajes de acierto entre los participantes que tenían hijos y los que no. Un 68% de los individuos sin hijos contestaron correctamente frente a un 67% de los participantes con hijos. (Figura 12.5). (OR: 0,907; IC95%: 0,467-1,764;  $p=0,77$ ).

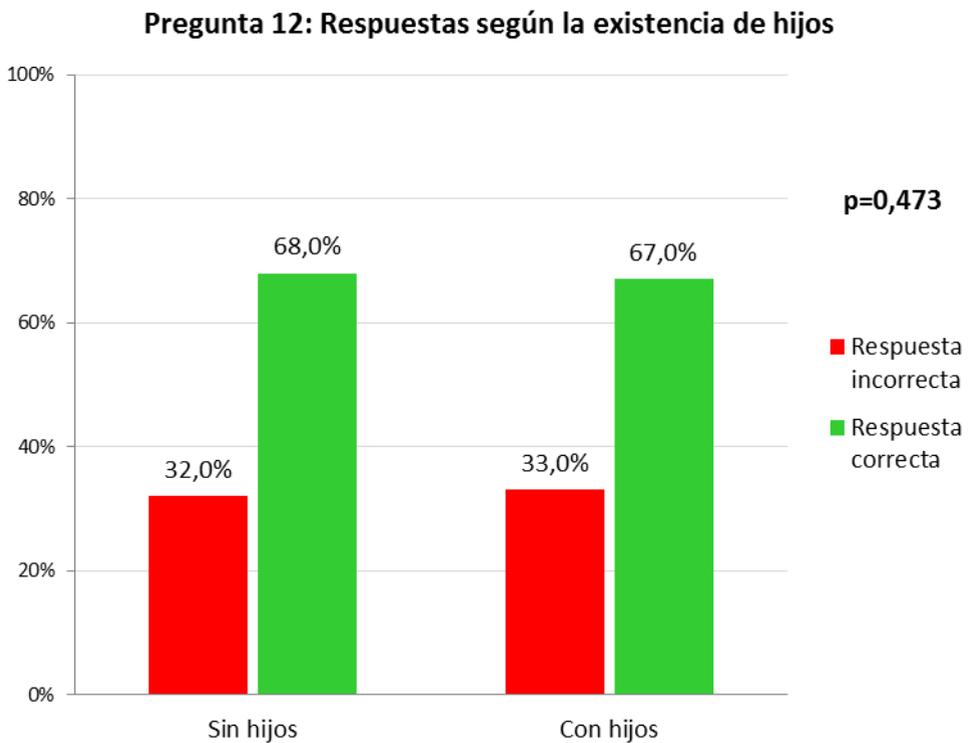


Figura 12.5. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de los hijos.

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 12.6 se observa la comparación en el porcentaje de contestaciones con éxito entre los profesionales sanitarios y los no sanitarios, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes. Así contestaron correctamente un 70% de los pertenecientes al grupo sanitario frente a un 64% del grupo no sanitario. (OR: 0,763; IC95%:0,464-1,254;  $p=0,286$ ).

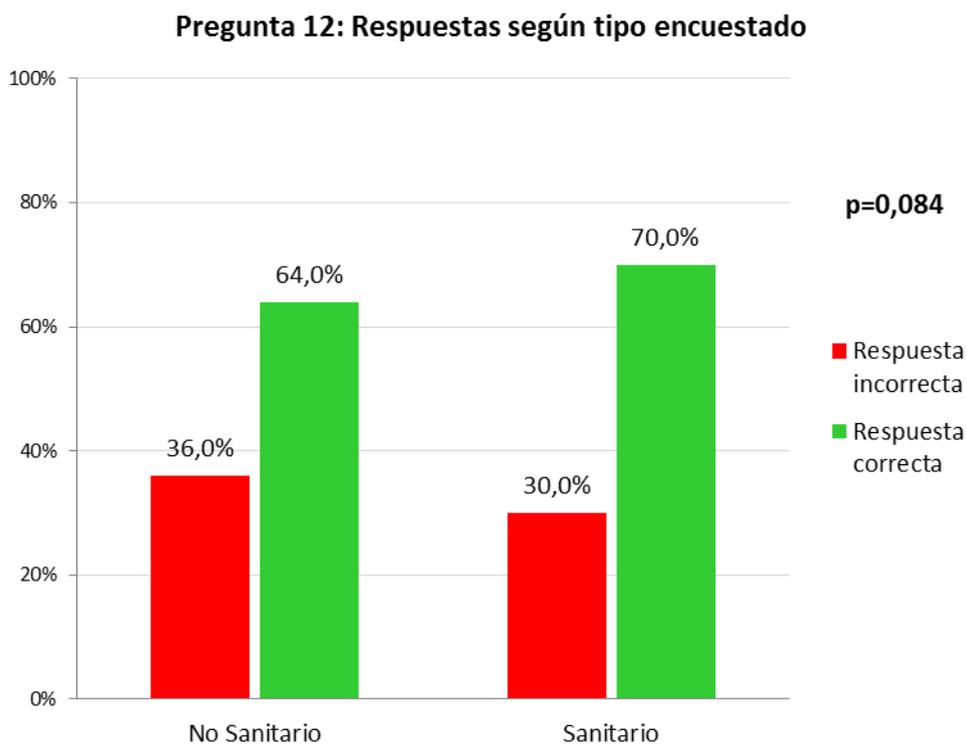


Figura 12.6 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

La Figura 12.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado.

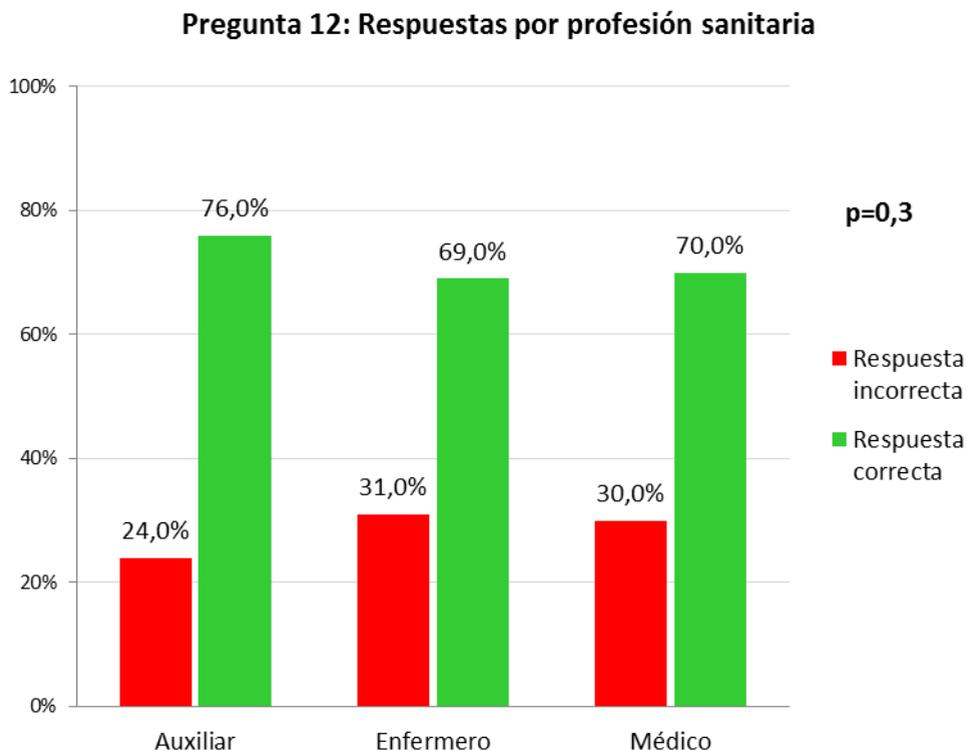


Figura 12.7 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

## UNIVERSITARIOS

No existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de aciertos entre el grupo de universitarios frente a no universitarios.

Así los universitarios contestaron de forma correcta en mayor porcentaje 68%. (Figura 12.8). (OR:0,813; IC95% :0,555-1,193;  $p=0,290$ ).

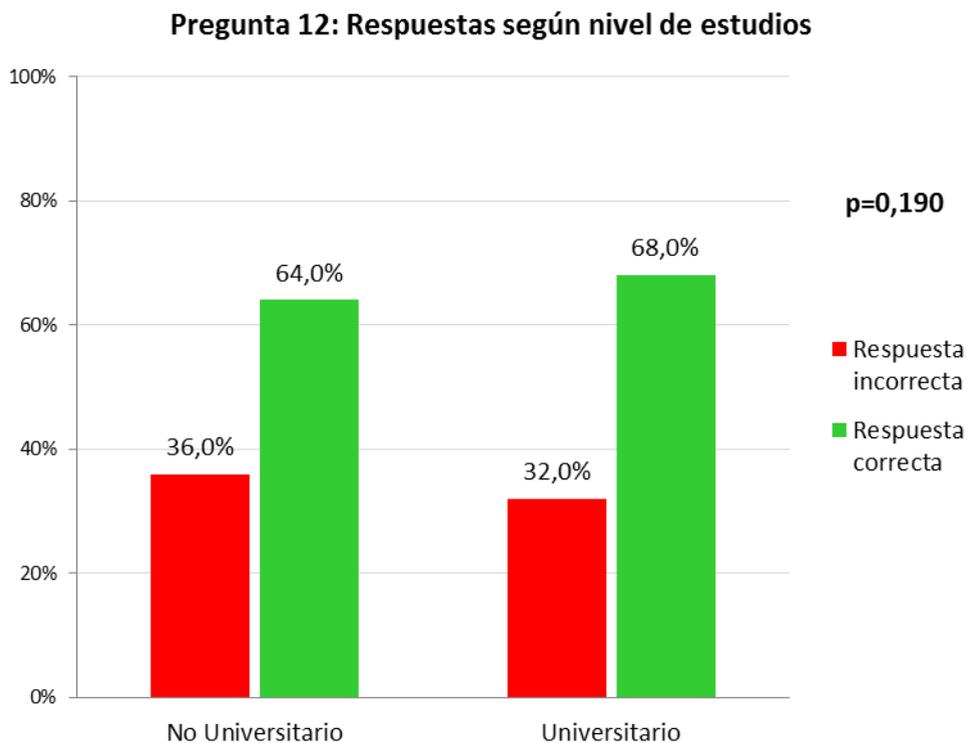


Figura 12.8. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del nivel de estudios

### Ante la pregunta número trece

¿SABE CUÁLES SON LAS DROGAS ILEGALES PARA LOS MENORES DE 18 AÑOS?

- a. Tabaco y alcohol
- b. Cannabis y cocaína
- c. Todas las anteriores

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA C.

El porcentaje global de contestación correcta fue del 78%. (Todas las anteriores) (Figura 13.1).

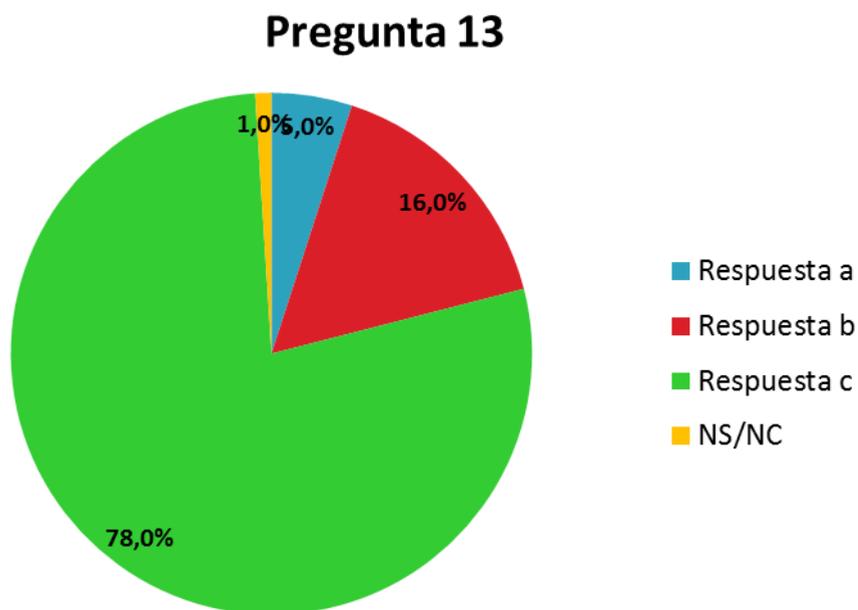


Figura 13.1. Porcentaje de contestaciones por opción a la pregunta 13.

## SEXO

Observando los porcentajes de respuesta a este ítem por sexos, las diferencias entre los sexos no alcanzan significación estadística.

Las mujeres contestaron con un porcentaje de aciertos del 78% frente a los hombres con un 77%. (Figura 13.2). (OR: 1,152; IC 95%:0,760-1,745;  $p=0,506$ ).

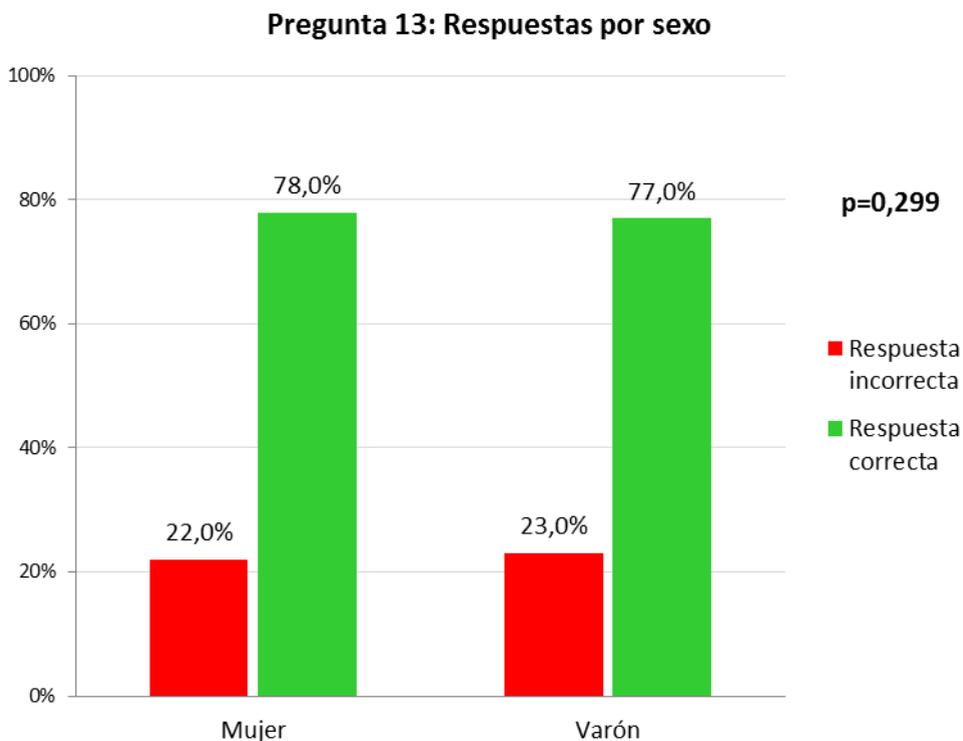


Figura 13.2. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función del sexo.

En la Figura 13.3 observamos que opciones fueron las más elegidas en función del sexo. Ambos sexos se decantaron por la opción c (opción correcta).



Figura 13.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.



Figura 13.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto cuando se estratificó la muestra por intervalos de edad. Aun así el grupo que mayor porcentaje de éxito mostró ante la pregunta número trece es el estrato de edades comprendidas entre los 41-60 años, con un 81 % de aciertos. Dicotomizando por edad (OR: 0,651; IC 95%: 0,421-1,007;  $p=0,054$ ).

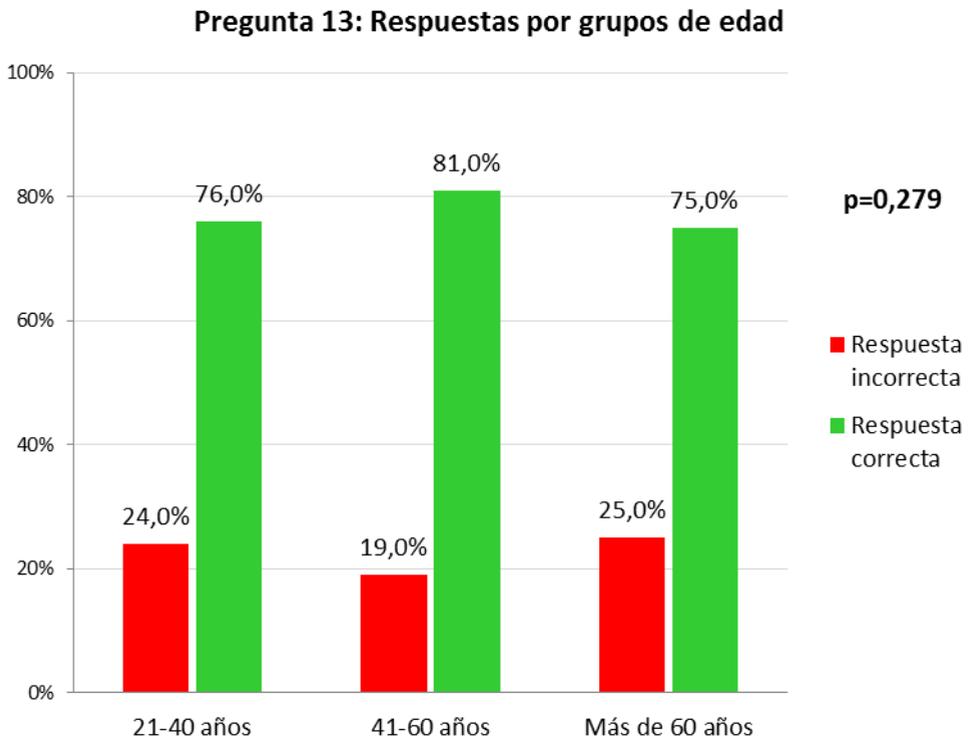


Figura 13.4. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del estrato de edad.

## HIJOS

El estudio reveló que no existieron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de acierto entre los participantes que tenían hijos y los que no. (Figura 13.5). (OR:0,934; IC95% : 0,444-1,963;  $p=0,857$ ).

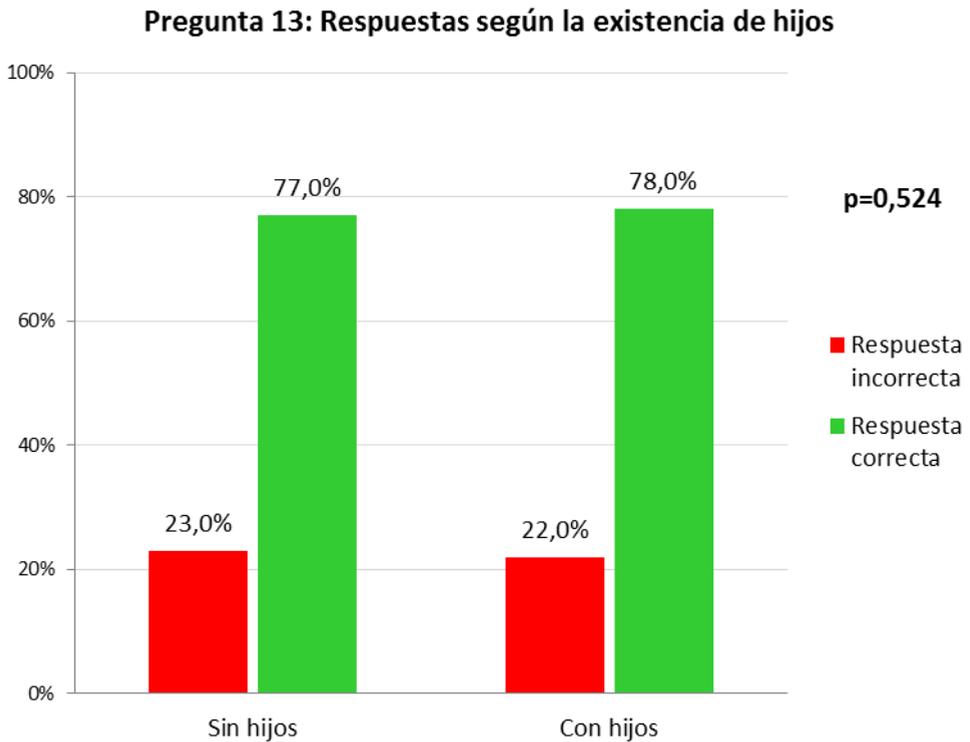


Figura 13.5. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de los hijos.

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 13.6 se observa la comparación en el porcentaje de aciertos entre profesionales sanitarios y no sanitarios. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes.

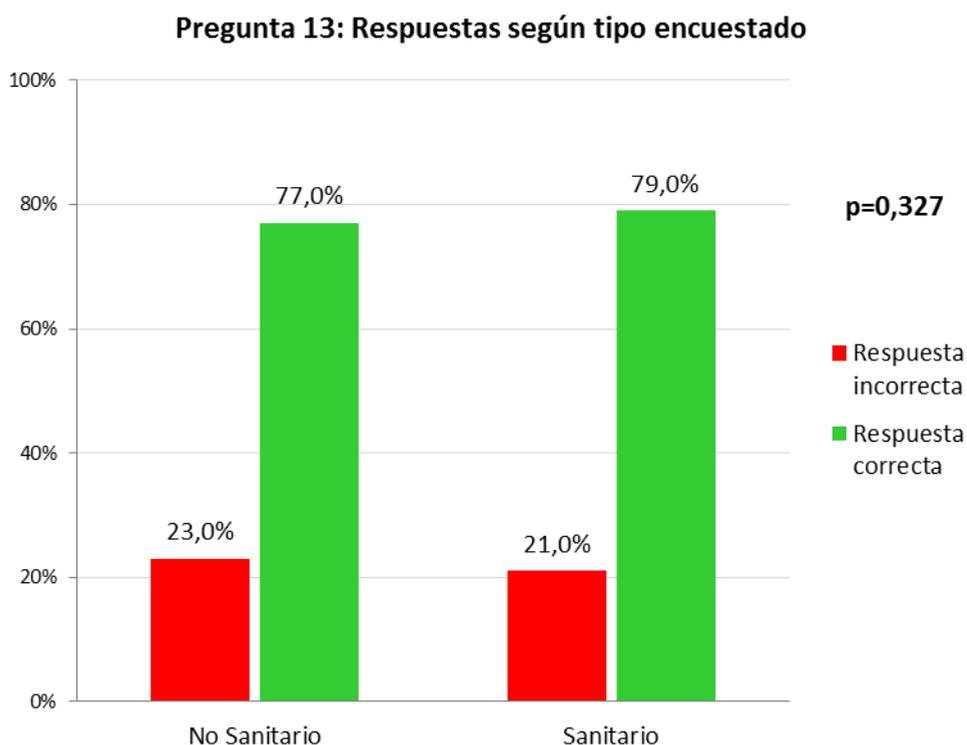


Figura 13.6. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

Así contestaron correctamente un 77% de los pertenecientes al grupo de profesiones no sanitarias frente a un 79% del grupo sanitario. (OR: 1,040; IC95%: 0,594-1,820;  $p=0,892$ )

La Figura 13.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado.

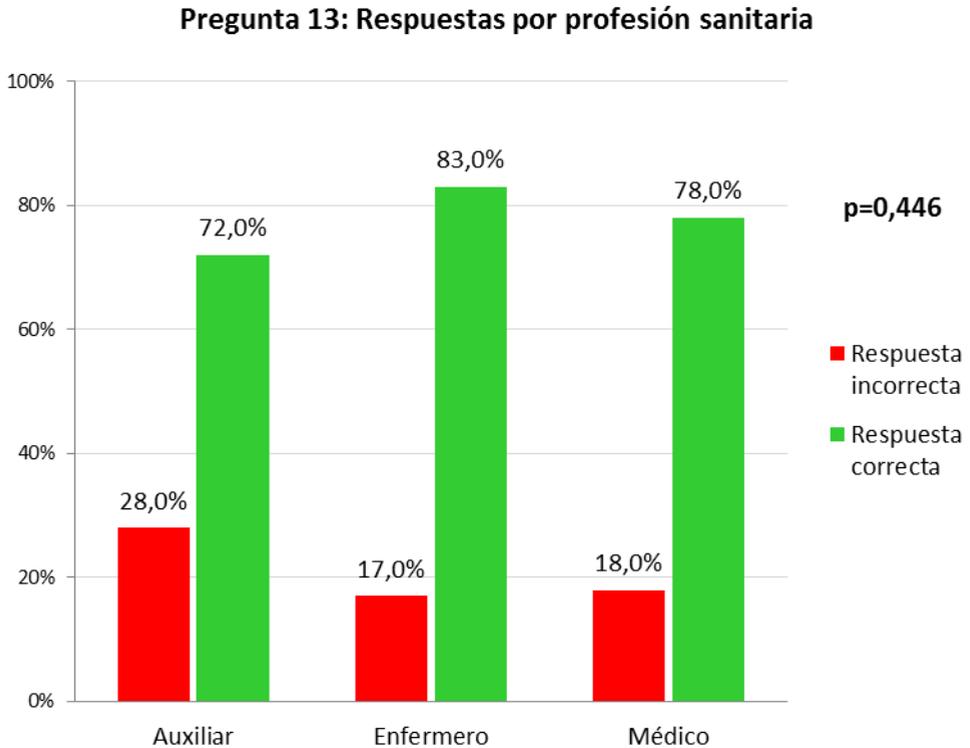


Figura 13.7 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

## UNIVERSITARIOS

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto entre el grupo de universitarios frente a no universitarios. ( $p= 0,039$ ). (Figura 13.8).

Así los universitarios contestaron de forma correcta en mayor porcentaje (81%).

Al realizar el análisis de riesgo controlando los factores de confusión no se mantuvo el nivel de significación. (OR: 0,651; IC 95%:0,421-1,007;  $p=0,054$ ).

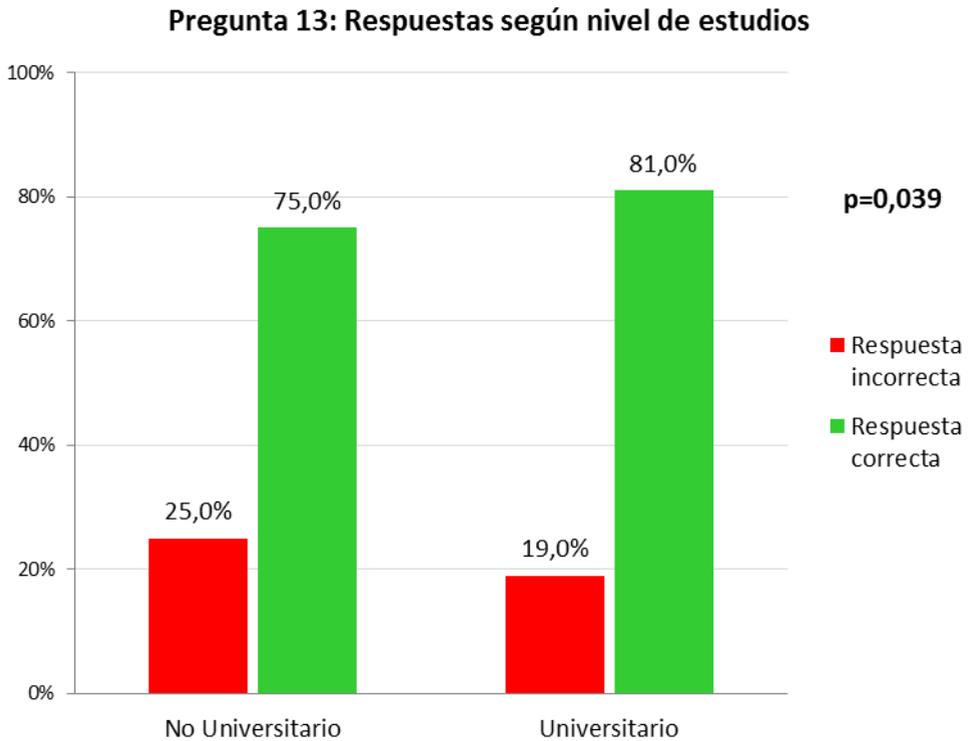


Figura 13.8. Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función del nivel de estudios.

### Ante la pregunta número catorce

ANTE UNA SOSPECHA DE CONSUMO DE DROGAS DE SUS HIJOS ¿SABE DÓNDE DEBE DIRIGIRSE?

- a. Asistente social
- b. Pediatra de zona
- c. Médico de UCA (Unidad de conductas adictivas)

LA RESPUESTA CORRECTA ES LA C.

El porcentaje global de contestación correcta fue de 66%. La mayoría de los participantes que contestaron eligieron como opción la respuesta c. (Médico de la UCA) (Figura 14.1).

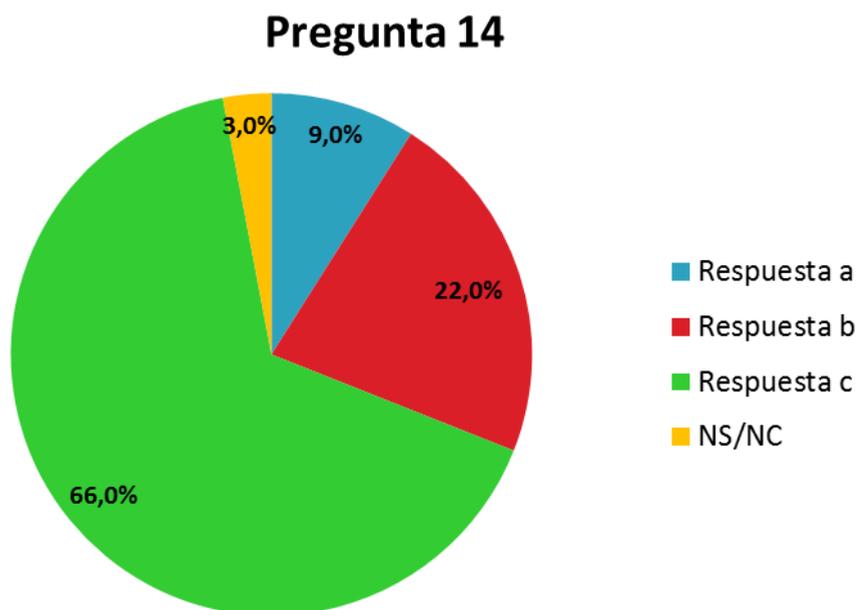


Figura 14.1 Porcentaje de contestaciones por opción a la pregunta 14.

## SEXO

No hubo diferencias estadísticamente significativas cuando se estratificó la muestra por sexo (Figura 14.2). (OR: 0,942; IC 95%; 0,651-1,362;  $p=0,749$ )

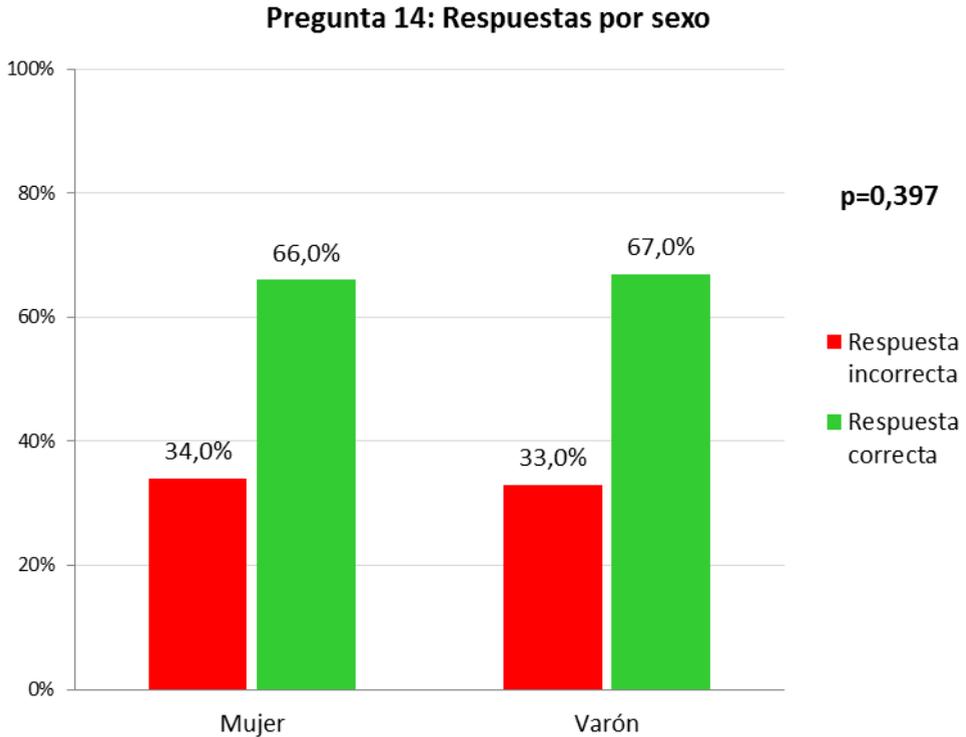
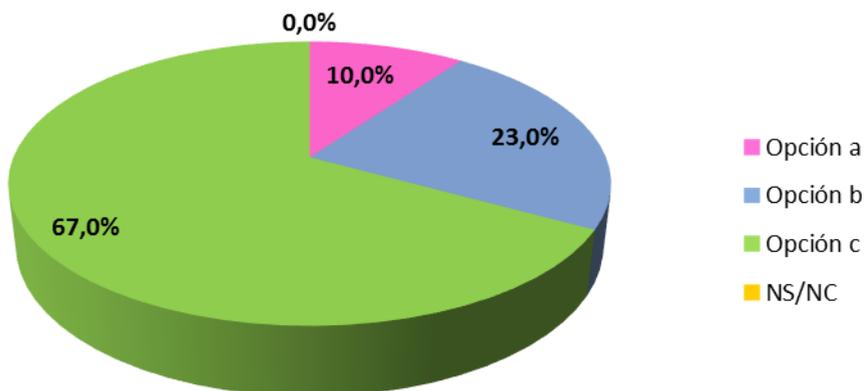


Figura 14.2 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas por sexo.

En la Figura 14.3 se muestra que opciones fueron las elegidas en función del sexo.

En ambos sexos los porcentajes de elección en las respuestas fueron muy similares, inclinándose en ambos grupos de forma mayoritaria por la opción c.

**Pregunta 14: Opciones respondidas (Mujer)**



**Pregunta 14: Opciones respondidas (Varón)**

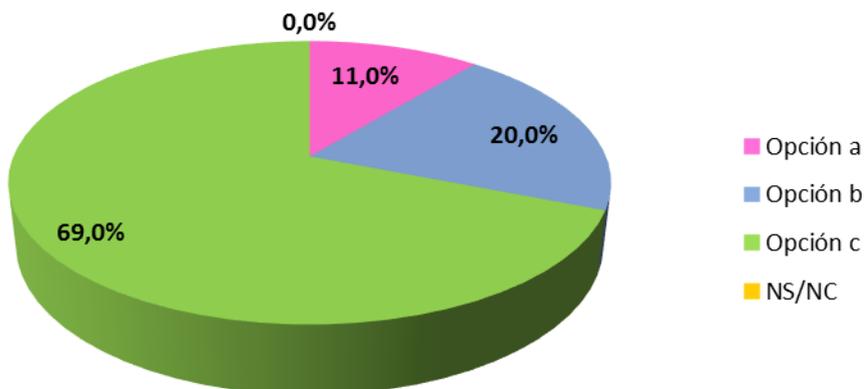


Figura 14.3 Porcentaje de respuestas en función del sexo.

## EDAD

El estudio reveló que existieron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de aciertos entre los participantes cuando se estratifico la muestra por intervalos de edad.

El grupo que mayor porcentaje de éxito mostró es el estrato de edad de mayores de 60 años, con un porcentaje de aciertos del 75%. ( $p=0,031$ ) (Figura 14.4).

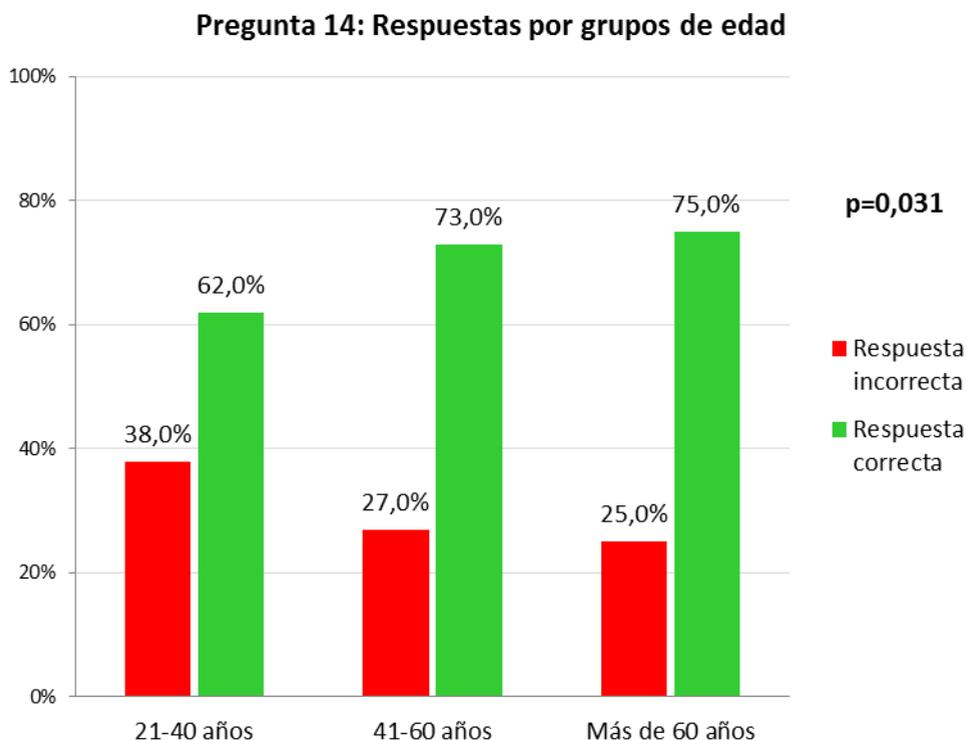


Figura 14.4. Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función del estrato de la edad.

Resultado que no se mantuvo cuando se realizó el análisis de riesgo controlado por factores de confusión. (OR:1,197; IC95% :0,837-1,713;  $p=0,325$ ).

## HIJOS

El estudio reveló que no existen diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de aciertos entre los participantes que tenían hijos y los que no. Un 65% de los participantes sin hijos contestaron correctamente frente a un 67% de los participantes con hijos. (Figura 14.5). (OR:0,935; IC95%:0,489-1,789;  $p=0,838$ ).

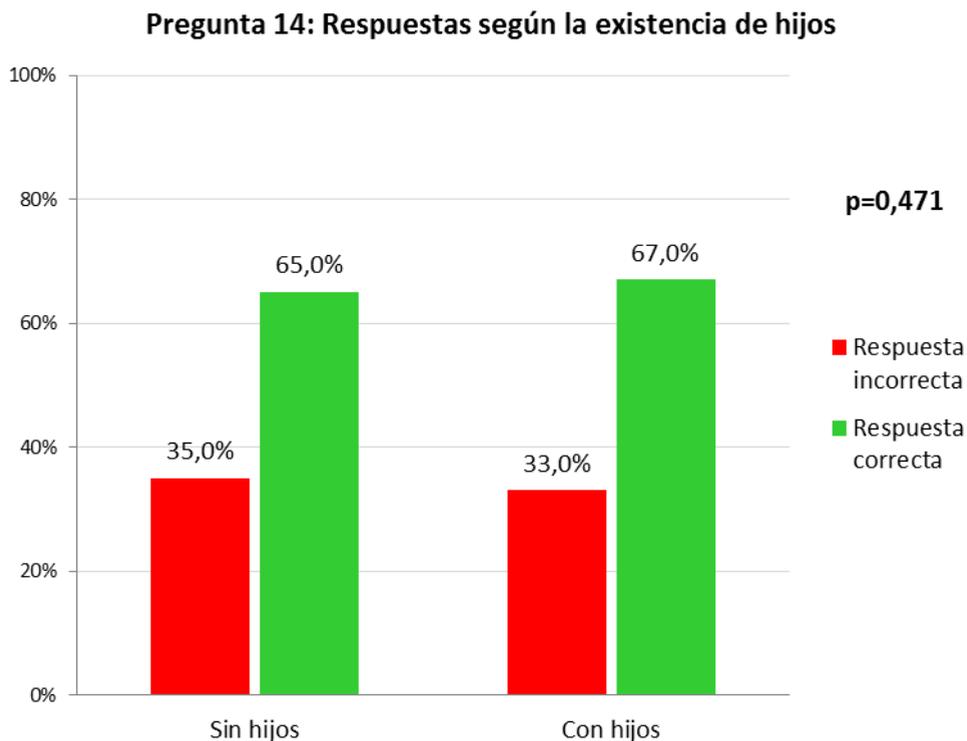


Figura 14.5 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en función de la existencia de hijos.

## PROFESIÓN DE LOS PADRES

En la Figura 14.6 se observa la comparación en el porcentaje de aciertos entre profesionales sanitarios y no sanitarios. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes.

Un 64% de participantes pertenecientes al grupo de profesiones no sanitarias contestaron con éxito frente a un 69% de profesionales sanitarios. (OR: 0,812; IC95%: 0,496-1,328; P=0,406).

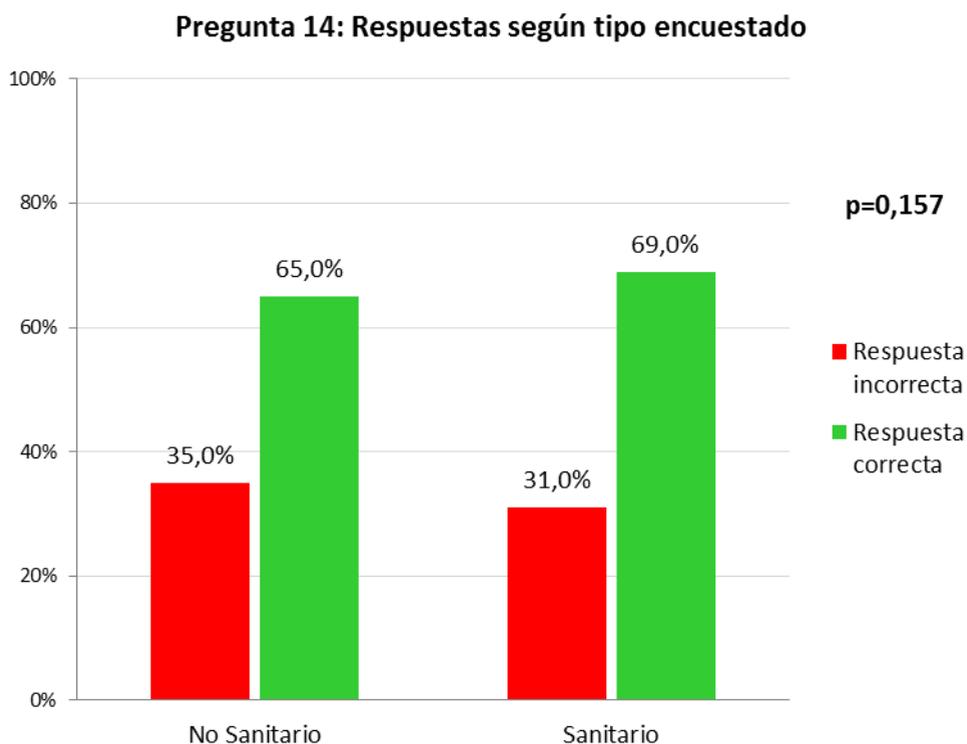


Figura 14.6 Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas en profesionales sanitarios y no sanitarios.

La figura 14.7 muestra los diferentes porcentajes de acierto en función de la profesión sanitaria del encuestado.

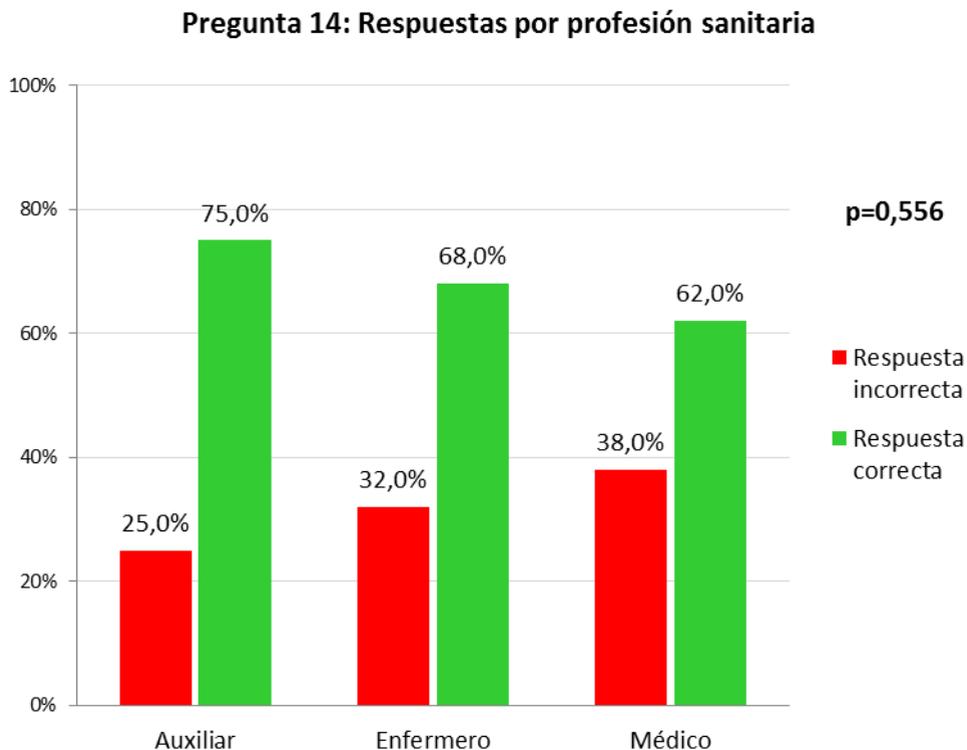


Figura 14.7 Porcentaje de contestaciones correctas e incorrectas en función de las profesiones sanitarias.

## UNIVERSITARIOS

Existieron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de acierto entre el grupo de universitario frente al grupo de no universitarios (Figura 14.8).

Sin embargo al realizar el análisis de riesgo controlando por factores de confusión no se mantuvo el nivel de significación. (OR: 1,093;IC95% 0,751-1,592;  $p=0,642$ ).

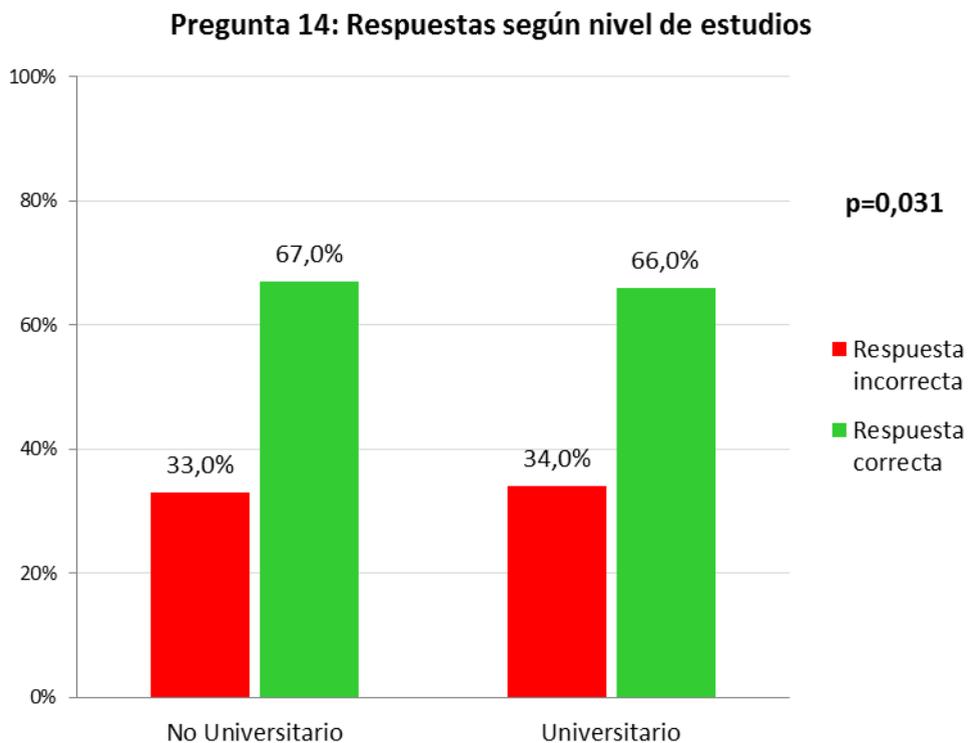


Figura 14.8 Porcentaje de contestaciones correctas en función del nivel de estudios.

## 5. DISCUSIÓN

### 5.1 ESTUDIO POR PREGUNTAS

#### Primera pregunta

Los resultados muestran que tan solo un 40% de la muestra contestó correctamente.

Se observa que no existen diferencias significativas entre sexos, aunque hubo mayor porcentaje de aciertos en las edades comprendidas entre los 41-60 años. Esto puede deberse a que en esa edad se tiene hijos o familiares generalmente mayores de 15 años, y que por alguna situación que se haya tenido que vivir en la familia, se tiene conocimientos sobre la mayoría de edad sanitaria.

Sin embargo esta explicación contradice el resultado del análisis realizado en la variable *hijos*, ya que las respuestas acertadas se deben principalmente a sujetos sin hijos, en proporción 2:1.

Se detecta diferencias entre sanitarios y no sanitarios, de forma que los primeros contestaron de forma correcta en mayor proporción y de ellos los médicos duplicaron las contestaciones correctas frente al resto de profesionales.

De esto se deduce que existe una parte importante de la población sanitaria que conoce el marco legal de los menores, aunque su aplicación en la práctica diaria sea escasa.

En la bibliografía revisada se incluye el artículo titulado “*Derechos de los pacientes, algo más que una cuestión de actitud*”<sup>(47)</sup>, en el que se realiza una encuesta a profesionales de hospitales y de atención primaria. Sus resultados muestran que el 57% de los encuestados conocían cuándo debe considerarse la mayoría de edad sanitaria.

En el artículo *Los padres a examen. ¿Cuál es su conocimiento de los derechos de sus hijos?*<sup>(3)</sup>, que también se cita en la bibliografía, donde la muestra no incluía a priori participantes sanitarios contestaron de forma correcta un 30% de los participantes.

### Segunda pregunta

Las respuestas correctas abarcan tan sólo a un 20% de la muestra.

La mayoría de los participantes dieron como válida la opción que afirma que los padres son responsables de los hijos. Esto podría ser debido a que existe un desconocimiento general de la Ley 41/2002,

en la que la mayoría de edad sanitaria se fija en los 16 años y no a los 18 años que corresponde a la mayoría de edad civil.

Tan sólo en las variables de filiación y nivel de estudios universitarios, se observaron diferencias. La muestra de participantes sin hijos y con nivel de estudios superior, tienen un conocimiento más extenso sobre la ley de autonomía del paciente.

Por otra parte, dentro de las categorías sanitarias, el conocimiento de la mencionada Ley se triplica en los médicos.

### Tercera pregunta

Las respuestas correctas se corresponden con el 30% de la muestra.

Con excepción de la variable referente al sexo de los individuos encuestados, en las variables edad, filiación y estudios se obtuvieron diferencias en los porcentajes de respuesta.

Respecto a la variable edad, fue el estrato de mayores de 60 años, los que mayor porcentaje de aciertos obtuvieron en sus contestaciones, pudiendo ser debido a que en este grupo, la mayor parte de los participantes es conocedora de la legislación por el hecho de haber tenido hijos.

En lo referente a la variable estudios, cabe destacar que fueron los universitarios los que mayor porcentaje de acierto obtuvieron. En el grupo de los profesionales sanitarios, los médicos duplican la posibilidad de contestaciones correctas.

#### Cuarta pregunta

Esta ha sido una cuestión que la mayor parte de los participantes contestaron correctamente.

Se obtuvo diferencias significativas atendiendo a la variable del sexo, siendo las mujeres quienes contestaron en mayor porcentaje de forma correcta.

En lo referido a las variables de edad y de hijos, también existen diferencias apreciables en los resultados.

Se ha comprobado que los individuos sin hijos contestaron mayoritariamente de forma correcta en contra de participantes con hijos, hecho que se apoya en que el grupo de individuos entre 21-40 años fue el que contestó más acertadamente a la pregunta. Este resultado se basa en que en el presente estudio los individuos sin hijos, en su gran mayoría entran a formar parte del grupo de edad entre 21-40 años.

El análisis referente a la variable de profesión sanitaria, deja ver que no existen diferencias significativas en los resultados, aun así los médicos obtuvieron mayor porcentaje de aciertos.

Retomando el artículo citado anteriormente *“Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud”* <sup>(48)</sup>, Se observa que el 88% de los encuestados, todos ellos sanitarios, contestaron correctamente al tema referido al secreto profesional. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otro artículo *“Estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad”* <sup>(45)</sup>, en el que el 97,5% de los profesionales sanitarios conocían el concepto legal del secreto profesional.

#### Quinta pregunta

De nuevo ante esta cuestión la mayor parte de los participantes fueron capaces de contestar de forma correcta.

Se observa que solo existen diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de aciertos atendiendo a la variable de sexo, donde las mujeres obtuvieron mayor porcentaje de aciertos.

Para el resto de las variables no se obtuvieron diferencias significativas en el porcentaje de contestaciones correctas.

Aun así se volvió a poner de manifiesto, que en lo referente a las categorías sanitarias los médicos son los que obtuvieron mayor proporción de aciertos.

### Sexta pregunta

A diferencia de lo observado en las dos preguntas anteriores, en esta ocasión la mayor parte de los participantes contestaron de forma incorrecta. Entienden por tanto, que no se les puede prescribir anti-conceptivos orales a las menores de 16 años sin el consentimiento de sus padres.

Habría que destacar que son los participantes mayores de 60 años los que con un 87% contestan correctamente a la pregunta, a pesar de que se supone que es el grupo con menos formación a nivel sexual.

En lo concerniente a las variables de filiación y profesión de los padres se obtuvieron diferencias en los resultados. De forma que se observa un mayor porcentaje de respuestas correctas en el grupo de individuos sin hijos.

Este resultado podría deberse, al desconocimiento que este tipo de tratamiento podría ocasionar a una adolescente, puesto que es un

método hormonal, en su desarrollo; y a las consecuencias posteriores que puede generar en la edad adulta.

Asimismo se observa que los profesionales sanitarios quintuplican la posibilidad de contestar con éxito frente a los demás.

Revisando que es lo que significa la edad del consentimiento sexual, se ha de saber que es la edad de la cual el consentimiento prestado para mantener relaciones sexuales no es válido a efecto legal, suponiéndose un abuso o una violación por parte del que fuera mayor de edad.

La edad del consentimiento en España son los 13 años, como especifica el Código Penal Español en sus artículos 181,182 y 183. En los últimos años han existido movimientos para que la edad se elevará. Así en febrero de 2009, un grupo parlamentario propuso que la edad mínima fueran los 14 años, Pero fue en mayo del 2013 cuando desde el ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la ministra propuso a todos los grupos políticos, que la edad se elevara de los 13 a los 16 años. Finalmente el anteproyecto de reforma del código penal fue modificado por el Ministerio de Justicia elevando la edad mínima para consentir relaciones sexuales a los 15 años.

Realizando una revisión del resto de países, se observa que hasta mayo del 2013, España era el país de Europa con la edad mínima de consentimiento para mantener relaciones sexuales más baja. El resto de países europeos fijan la edad mínima en 14 años (Alemania, Italia, Portugal, Hungría, Austria, Bulgaria, Liechtenstein, Serbia...) y en 15 años (Francia, Croacia, Grecia, Rumania, Suecia, Dinamarca, Islandia y Mónaco...) y en 16 años (Andorra, Armenia, Bélgica y Finlandia).

### Séptima pregunta

A la que un 36% de la muestra contestó correctamente.

Revisando los resultados correspondientes a la variable hijos, se observa que de forma significativa, los participantes sin hijos obtuvieron un mayor porcentaje de aciertos.

Esto podría ser debido al interés que este asunto despierta en este sector de la población, ya que en el estudio han participado las mujeres en una relación 2:1 frente a los varones. Y aunque es un asunto que se supone que afecta por igual a ambos sexos, es al femenino a quien más preocupa la cuestión de la interrupción voluntaria del embarazo. <sup>(49) (50) (51) (52) (53) (54)</sup>.

Igualmente se obtuvieron resultados significativos aludiendo a la variable de profesión sanitaria. Siendo los profesionales sanitarios los que aciertan en mayor proporción.

Asimismo se aprecian diferencias al comparar los resultados que proceden de personas con estudios universitarios frente a los que carecen de ellos, siendo los primeros quienes obtienen más contestaciones correctas.

### Octava pregunta

En esta ocasión el porcentaje de respuestas acertadas se sitúa en el 28% de la muestra.

Se observa que mayor parte de la población se decantó por la opción que sostiene que el consentimiento de los menores de 16 años maduros lo tienen que dar los padres.

Curiosamente esta decisión fue general y no se detectaron resultados significativos en ninguna de las variables a estudio.

La explicación a esta coincidencia podría encontrarse al concepto paternalista que aún impera en la sociedad, que hace difícil considerar siquiera la posibilidad de que un menor de 16 años sea capaz de dar su consentimiento.

### Novena pregunta

La alta proporción de respuestas correctas indica que es de conocimiento general la necesidad de la autorización paterna y judicial para el internamiento forzoso del menor.

De nuevo se ha observado resultados significativos que afectan a la variable *hijos*, de forma que la muestra que incluye individuos sin hijos obtuvo un mayor porcentaje de éxito.

También se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para variables de profesión de los padres y estudios universitarios, en las que los profesionales sanitarios, demuestran un mayor conocimiento sobre la cuestión.

### Decima pregunta

Ha sido respondida erróneamente por la mayor parte de la muestra, lo que da a entender que de forma general, se piensa que el cumplimiento del calendario de vacunas es obligatorio.

En dicha cuestión no se obtuvieron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas.

La vacunación al parecer según nuestro estudio es un tema bastante arraigado en la sociedad española actual, ya que gracias a las

campañas de vacunación masiva se han erradicado muchas enfermedades. Esto unido a la gratuidad de las vacunas que se propone dentro del calendario vacunar del niño sano, hace que la sociedad se reafirme en la idea que la vacunación es obligatoria para la escolarización del menor.

Sin embargo en los últimos años el concepto de la vacunación va variando poco a poco. La información sobre los supuestos casos de reacción a la vacuna del papiloma virus, han provocado las dudas sobre la pertinencia de su aplicación y que los padres pidieran la información necesaria para averiguar su obligatoriedad. esto unido a los movimientos *antivacunas* que en la actualidad existen en nuestro país, han empezado a despertar el interés y la curiosidad por saber más acerca de que es y para qué sirve la vacunación, qué efectos puede llegar a ocasionar y en qué casos sí que es obligatoria.

Debido a estos movimientos aparecidos en los últimos años, la Conselleria de Sanidad, debería estudiar el que existan talleres sobre vacunación impartidos por personal entrenado y experto en la materia de la inmunización que explicara y/o aclara las dudas que tiene los padres y los adolescentes respecto a las vacunas. En el trabajo publicado Knowledge, attitudes and beliefs of school nurses and personnel

and associations with nonmedical immunization exemption<sup>(55)</sup>, se estudia si la educación del personal, el conocimiento relacionado con la inmunización, las actitudes, creencias y fuentes de información de la vacuna fueros asociados con el estado de vacunación de los alumnos. El resultado fue que sí que existía relación entre todos estos factores y el estado de vacunación de los niños. Por ello el centro para control de enfermedad y prevención debería tener un personal debidamente entrenado que fueran los contactos que tiene los padres.

#### Undécima pregunta

Ante esta cuestión, la mayor parte de los participantes consideran que cuando un menor de 16 años se niega a recibir un tratamiento, se valorará su opinión y la gravedad de la situación, de forma que pesar de su negativa si el tratamiento es necesario, se administrará con autorización judicial.

Se ha detectado diferencias significativas en referente a la variable de la filiación y de estudios universitarios.

La muestra sin hijos obtuvo mayor porcentaje de aciertos. Igualmente a los individuos con estudios universitarios les corresponde una mayor proporción de contestaciones correctas.

No se observa diferencias significativas en cuanto a la profesión de los padres se refiere. Sin embargo una vez más es evidente los profesionales sanitarios demuestran un mayor conocimiento de la cuestión que el resto de participantes.

#### Duodécima pregunta

La mayor parte de la muestra contesta de forma correcta entendiéndose que la donación de órganos en vida de un hermano a otro, no puede hacerse contra la voluntad del menor. Entendiendo que el trasplante se debe realizar con tejidos vivos y todas las garantías para el donante.

Tan solo se han encontrado resultados con diferencias significativas en la variable relativa al sexo, siendo las participantes del femenino las que alcanzaron un mayor porcentaje de aciertos en dicha cuestión.

#### Decimotercera pregunta:

Un 78% de la muestras seleccionó la respuesta correcta.

Se obtuvieron resultados con diferencias significativos referentes a los participantes de la muestra con estudios universitarios, a quienes corresponde una mayor proporción de aciertos.

### Decimocuarta pregunta

La mayor parte de los participantes contestaron de forma correcta.

Se encontraron diferencias significativas referentes a la variable edad, en el estrato de mayor de 60 años.

Por todo ello se deduce que cuando existe un problema de adicciones, la sociedad conoce que debe ser atendido por un médico especialista en conductas adictivas.

Sin embargo la realidad, si bien los resultados obtenidos de nuestro trabajo hayan sido positivos, es que estas unidades son desconocidas para la sociedad que nunca ha tenido la necesidad de hacer uso de ellas.

## **5.2 ESTUDIO POR VARIABLES**

### **5.2.1 Sexo**

De los resultados obtenidos se puede deducir que apenas existen diferencias entre la muestra correspondiente a los hombres y la de mujeres. En las escasas cuestiones en que estas se detectan, los resultados siempre son más favorables en cuanto a número de aciertos en el grupo de mujeres.

Una posible explicación a este mayor grado de conocimiento puede encontrarse en la mayor implicación de las madres en el cuidado y la educación de los hijos, unido a una mejor formación debida a su incorporación a los estudios universitarios y el mercado laboral.

### **5.2.2 Edad**

Los resultados no muestran diferencias significativas entre los tres grupos de edad participantes. Quizá cabe destacar que el correspondiente a personas entre 21 a 40 años, presenta un mayor número de aciertos, en general.

Esto podría deberse a diferentes motivos:

- El primero hace referencia a que los individuos del mencionado grupo han completado en su mayoría estudios universitarios, de hecho un tercio de los participantes en el estudio eran profesionales de la medicina, y por lo que su carrera y profesión implica deben de estar informados de los aspectos legales de los pacientes.
- Asimismo la edad del grupo es la más adecuada para procrear, lo que supone que se esté más informado debido a la

preocupación inmediata sobre todo aquello que puede proteger a los hijos.

Cabría estudiar que en un porcentaje alto, el grupo de edad de más de 60 años, contesta en más ocasiones correctamente que los grupos más jóvenes, sin embargo estos individuos tiene menos nivel formativo y de conocimiento de las normativas recientes que los otros grupos. Así que se podría plantear el estudio en individuos de más de 60 años de si realmente conocen las normas vigentes, si lo conocen a través de sus hijos a familiares, o si es la experiencia de la vida la que les hace contestar correctamente.

### **5.2.3 Hijos**

De los resultados obtenidos, podemos deducir que realmente cuando se tiene hijos cambia la perspectiva desde la que se contemplan los asuntos relacionados con la salud. Se observa que en el subgrupo de los no Hijos hay mayores porcentajes de aciertos en todas las preguntas, que podría ser debido a que han rellenado el cuestionario basándose en la información y conocimientos que tienen sobre la legislación existente sobre el menor.

Por el contrario el subgrupo de Hijos contestó mayoritariamente de forma incorrecta, lo que podría deberse a que sus contestaciones

están condicionadas por el hecho de ser padres, con lo que existe una falta de objetividad.

En la sociedad actual aun impera el sentido paternalista de los padres con los hijos, con lo que los padres desean ser informados de todo lo que ocurra en la vida de sus hijos sin tener en cuenta los derechos que tienen los menores, es una tendencia monopolizadora de los padres con sus hijos y difícil de romper por el arraigo que tiene dentro de las familias.

#### **5.2.4 Profesión**

Como era de esperar se ha detectado diferencias que marcan cierta distancia entre los conocimientos de los profesionales sanitarios frente a los que pertenecen a otro ámbito.

Se realizó la diferencia entre sanitarios y no sanitarios dentro de las profesiones de los padres, porque se creyó importante que se obtuvieran resultados sobre el conocimiento que poseen los sanitarios en dicha materia ya que son los que primero interactúan con el paciente - médico.

No obstante estas diferencias no son todo lo significativas que deberían ser si se tiene en cuenta que se trata del colectivo que trabaja en contacto directo con los pacientes y en consecuencia está obligado conocer al detalle todo el marco legal que los ampara.

Sin embargo a pesar del insuficiente conocimiento de los profesionales sanitarios que el estudio refleja, en cuanto a los derechos del paciente menor se refiere, cabe destacar que entre todos ellos, son los médicos los que demuestran estar mejor informados al respecto.

La finalidad de este estudio era el poder saber el conocimiento que existe en la población sobre el marco legal que ampara a los menores y el poder generalizar estos resultados a otras áreas de características parecidas.

En conjunto se aprecia un conocimiento escaso del colectivo sanitario en el tema que nos ocupa. Ya que son los médicos los habitualmente encargados de establecer los límites para garantizar la autonomía del niño, y que parece que no están capacitados para hacerlo.

Es preocupante que los médicos no controlen en mayor medida el tema, porque eso repercute en una falta de educación sanitaria a la

población general. Lo que justificaría también los resultados en toda la población.

Se apreció al igual que en estudios anteriores que existen un gran desconocimiento sobre la legislación que ampara a los menores.

En el artículo *The influence of the law on patient's rights on the practice of Flemish paediatricians anno 2010*<sup>(56)</sup>, se estudia la aplicación de la ley sobre los derechos de los pacientes, que En Bélgica se estableció un Nuevo marco legal en 2010, el estudio revela que solo en 7,8 % de los sanitarios conocen la ley. El 79.1% de los médicos consultan al padre sobre los problemas del menor, y tan sólo un 1% de los adolescentes usa sus derechos. Esto revela que realmente existe un desconocimiento y a ello se suma según los sanitarios, el saber interpretar bien la ley. Por ello desde las sociedades médicas se tendrían que organizar talleres y jornadas para que se desarrollaran normas claras para la práctica de la ley.

El artículo *Primary care confidentiality for Spanish adolescents. Fact or fiction?*<sup>(57)</sup> Viene a apoyar lo dicho en el párrafo anterior. Desde la atención primaria, se debería cuidar más al adolescente, respetando su derecho a la información, a la intimidad y a la confidencialidad, de esta forma es posible que el médico se gane la confianza del

paciente y así el menor pueda hacerse usuario de una asistencia médica responsable.

En el artículo *Physycian knowlledge and attitudes of Minnessota laws concerning adolescent health care* <sup>(58)</sup>, los resultados sugieren que los médicos de atención primaria carecen del sentido del impacto de las leyes que afectan a la asistencia médica adolescente. Por ello se les tendría que facilitar y garantizar actualizaciones regulares sobre la legislación de los menores y sobre su puesta en práctica.

Esto se traduce en una necesaria actualización de los conocimientos, en materia legal, de los profesionales sanitarios, para que, en todo momento sean conocedores y conscientes de las consecuencias que de sus actos se puede derivar.

Se debería emprender cursos de formación continua sobre aspectos de medicina legal, que fuera fácilmente accesibles y sobre todo que fuera actualizando los conocimientos.

Debería ser obligatorio para cualquier sanitario el realizar un curso (vía on line, presencial o semipresencial) dentro de las horas de trabajo de cada departamento, cada aproximadamente unos cinco años para refrescar y actualizar los conocimientos legales que se tienen.

Desde los diferentes departamentos de salud se podría poner en marcha una plataforma on line, amparado por el colegio de enfermería y el colegio de médicos, para aclarar o facilitar información sobre los distintos aspectos de la legislación en materia médico legal, en la que se pudieran exponer las preguntas y dudas y en el plazo de 24-48 h contestada de forma ágil, entendible y práctica.

Todo ello debería estar defendido desde las diversas facultades de medicina, dando mayor importancia a la formación legal y a la asignatura de medicina legal, y un peso más relevante en el MIR.

### **5.2.5 Estudios universitarios**

Las diferencias que se observan entre los participantes que han tenido acceso a estudios universitarios y los que no, se deben probablemente a la mejor preparación de los primeros y su mayor conocimiento de los medios de acceso a la información.

## **5.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La primera limitación del estudio se encuentra en la procedencia de los datos que circunscribe a una única área de salud (aunque en el momento de escribir este texto se ha separado en dos diferente).

Este hecho condiciona el potencial de los resultados para ser extrapolados a otras poblaciones con características sociodemográficas o niveles educativos distintos.

La segunda se debe al posible sesgo derivado de la recogida de datos por parte de los entrevistadores. Aunque se ha intentado controlar al máximo este factor a base de un entrenamiento adecuado, no puede asegurarse que no haya producido errores o pérdida de información.

Otro sesgo que se obtuvo en los resultados fue la pérdida de imparcialidad en las respuestas obtenidas del grupo de participantes con hijos, ya que dichas contestaciones han estado influenciadas por los valores y creencias ético-morales y religiosas de los encuestados.

## 6. CONCLUSIONES

1. En los sujetos que participaron en la muestra, se observa que presentan mayor conocimiento sobre el marco legislativo de los menores, las mujeres y de edad entre 21 y 40 años. También existe un predominio en los que no tiene hijos y en el grupo de sanitarios sobretodo facultativos.
2. Se extrae del estudio que los padres en una alta proporción, desconocen los derechos de sus hijos en cuanto autonomía se refiere.
3. Destaca que el grupo sanitario respecto al no sanitario posee mayor conocimiento sobre las legislación pertinente, aun así el grado de desconocimiento en los sanitarios es tal, que se debería revisar como poder aumentar este nivel de conocimiento.
4. Sería muy conveniente el poder establecer cuál es el grado de conocimiento que los menores muestran en cuanto al derecho a su autonomía
5. Se vislumbra la necesidad de una mayor información tanto a padres como a hijos con el fin de no vulnerar los derechos de ninguno de ellos.
6. Esta aproximación a la situación real, en torno a las características que diferencian a las personas que cumplimentaron la encuesta, puede ser de utilidad para la planificación de intervenciones de carácter divulgativo, tanto entre el colectivo sanitario como entre la población.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Código de Ética de Deontología Médica. Organización Médica Colegial Española; 1978.
- (2) Romeo Casabona, C.M. Derecho biomédico y bioética. Editorial Comares;1998
- (3) Sebastián M, D, Castelló A. ¿Cuál es el conocimiento de los derechos de sus hijos? Revista Semergen. 2010; 36(10) ,586-589.
- (4) Iraburu, M. Con Voz Propia. Madrid. Editorial Alianza. 2005; 33, 3467-70.
- (5) Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente de Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274, de 15 de Noviembre 2002.
- (6) Ley 15/2005 de 8 de Julio, por la que se modifica el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de Separación y Divorcio. BOE nº 163 de 9 Julio 2005.

- (7) Ley 11/1981 de 13 de Mayo, de modificación del código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio .BOE nº 119 de 19 de Mayo 1981.
- (8) 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. BOE nº 15 de 17 de Enero 1996.
- (9) Ley 13/1983 de 24 de Octubre, de Reforma en materia de tutela. BOE nº 256 de 26 de Octubre 1983.
- (10) Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre del Código Penal .BOE nº 281 de 24 de Noviembre de 1995.
- (11) DeMausse, LL. Historia de la Infancia. Madrid. Editorial Alianza; 1982.
- (12) Ariés, Ph. El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen. Madrid; 1987.
- (13) Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de Naciones Unidas; 1989.
- (14) Ley 25/1990, del medicamento. BOE nº 306 de 22 de Diciembre 1990.

- (15) Real Decreto 223/2004 de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. BOE nº 33 de 7 de Febrero 2004.
- (16) Ley 35/1988 de 22 de Noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida. BOE nº 282 de 24 de Noviembre 1988.
- (17) Real Decreto 412/1996 de 1 de marzo, por el que se establecen protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios relacionados con la técnicas de reproducción humana asistida y se regula la creación del Registro nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana. BOE 23 de Marzo 1996.
- (18) Proyecto de Ley 1121/000039, sobre técnicas de reproducción asistida. BOCG 13 de Mayo 2005.
- (19) Ley 30/1979 de 27 de octubre, sobre la extracción y trasplante de órganos. BOE nº 266 de 6 de Noviembre 1979.
- (20) Real Decreto 2070/1999 de 30 de Diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órga-

- nos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. BOE nº 3 de 4 de Enero 2000.
- (21) Real Decreto 411/1996 de 1 de Marzo, por el que se regula las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos. BOE nº 72 de 23 de Marzo 1996.
- (22) Real Decreto 1088/2005 de 16 de Septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. BOE nº 255, de 20 de Septiembre 2005.
- (23) Ley 42/1988 de 28 De Diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos. BOE nº 314 de 31 de Diciembre 1988.
- (24) Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de Datos de Carácter personal. BOE nº 298 de 14 de Diciembre 1999.
- (25) Anticoncepción de emergencia. Nota OMS N° 244. OMS 2 de febrero de 2013.
- (26) Disponible en la web: <http://www.prospectos.net/postinor>.

- (27) Real Decreto 1345/2007 de 11 de Octubre por el que se regula el procedimiento de autorización registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE nº 267 de 7 de Noviembre 2007.
- (28) Ley 29/2006 de 26 de Julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE nº 178 de 27 de Julio 2006.
- (29) Código Ético farmacéutico. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 1998.
- (30) Real decreto 1416/1994 por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano. BOE nº 180 de 29 de Julio 1994.
- (31) Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio, de reforma del art. 417 bis del Código Penal. BOE nº 166 de 12 Julio 1985.
- (32) Ley orgánica 2/2010 de 3 de Marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº 55 de 4 de Marzo 2010.

- (33) Real Decreto 825/2010 de 25 de Junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de Marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº 155 de 26 de Junio 2010.
- (34) Real Decreto 831/2010 de 25 de Junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación voluntaria del embarazo. BOE nº 155 de 26 de Junio 2010.
- (35) Ley orgánica 3/1986 de 14 de Abril, de medidas especiales en materia de salud pública. BOE nº 102 de 29 de Abril 1986.
- (36) Ley 1/2000 de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE nº 7 de 8 de Enero 2000.
- (37) Constitución española; 1978. BOE nº 311 de 29 de Diciembre 1978.
- (38) Kivelevitch, Darío y col. monografía negativa del paciente a recibir tratamiento; 1998.
- (39) Sitio Oficial de los testigos de Jehová. Disponible en la web: <http://www.jw.org>
- (40) Real Decreto 1723/2012 28 de Diciembre, se regulan las actividades de obtención, utilización y coordinación territorial de

- los órganos humanos destinados al trasplante. BOE nº 313 de 29 de Diciembre 2012.
- (41) Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en la página web: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- (42) Real Decreto 1116/2006 de 2 Octubre, por el que se determina la composición y estructura del grupo interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas. BOE nº 251 de 20 de Octubre 2006.
- (43) Ley 42/2012 de 30 de Diciembre, por el que se modifica la Ley 28/2005 de 26 de Diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE nº 318 de 31 de Diciembre 2010.
- (44) Edgardo José Avilés-Garay, Estadística no paramétrica, pdf.
- (45) Peña Sánchez de Rivera, D. Estadística. Modelos y Métodos. Madrid. Editorial Alianz ; 1987.
- (46) Baró, J. y Alemany, R. Estadística II. Barcelona. Editorial Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya; 2000.

- (47) Mira, J.J., Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. Gaceta Sanitaria. 2010; 24(3):247-250.
- (48) Iraburu M. Estudio Multicéntrico de Investigación sobre la Confidencialidad. Barcelona. Med Clin .2007; 128(15):575-8.
- (49) Álvarez-Díaz, JA. El concepto de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en bioética. Rev Fac Med UNAM. 2008. 51 (6): 249-251.
- (50) Glòria P. La salud reproductiva y sexual en España. Gac Sanit. 2009; 23(3):171-173.
- (51) Alonso Gotor, B. Alonso Gotor RM. Moreno Rutia E. El aborto crece entre las adolescentes. Anales de Ciencias de la Salud; 2006.
- (52) Molina RC, Roca CG, Zamorano JS, Araya EG. Family planning and adolescent pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol; 2010.24(2):209-222.
- (53) Godeau E, Nic Gabhainn S, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J. Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual

- intercourse: results from 24 countries. *Arch Pediatr Adolesc.* 2008; 162(1):66-73.
- (54) Amarilla M. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Madrid. Chiesi; 2005.
- (55) Salmon DA, Moulton LH, Omer SB, Chace LM, Klassen A, Talebian P, Halsey NA. Knowledge, attitudes, and beliefs of school nurses and personnel and associations with nonmedical immunization exemptions. *Pediatrics.* 2004;113(6):552-9.
- (56) Deneyer M<sup>1</sup>, Marchand J, Buy R, Michel L, Holsters D, Vandemplas Y. The influence of the law on patient's rights on the practice of the Flemish paediatricians anno 2010. *Acta Chir Belg.* 2012 Jul-Aug; 112(4):297-301.
- (57) Pérez-Cárceles MD<sup>1</sup>, Pereñíguez JE, Osuna E, Pérez-Flores D, Luna A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction? *J Med Ethics.* 2006; 32(6):329-34.
- (58) Rock EM<sup>1</sup>, Simmons PS. Physician knowledge and attitudes of Minnesota laws concerning adolescent health care. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003; 16(2):101-8.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Amarilla M. El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Madrid. Chiesi; 2005.

Anticoncepción de emergencia. Nota OMS N° 244. OMS 2 de febrero de 2013.

Alonso Gotor, B. Alonso Gotor RM. Moreno Rutia E. El aborto crece entre las adolescentes. Anales de Ciencias de la Salud; 2006.

Álvarez-Díaz, JA. El concepto de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en bioética. Rev Fac Med UNAM. 2008; 51 (6): 249-251.

Ariés, Ph. El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen. Madrid; 1987.

Baines P. Medical ethics for children: applying the four principles to paediatrics. J Med Ethics. 2008; 34:141-5.

Baró, J. y Alemany, R. Estadística II. Barcelona. Editorial Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya; 2000.

Bidart Campos, Germán; Herrendorf, Daniel. Principios de derechos humanos y garantías, Ediar; 1991.

Briones, Guillermo, Análisis e Interpretación de Datos, SECAB; 1992.

Brown RT, Henderson PB. Treating the adolescent: the initial meeting. Semin in Adolesc. Med .1987; 3: 79-91.

Castelló A, Francès F, Verdú F. El valor del consentimiento de la persona menor de 18 años. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2008; 55(1):56-57.

Código de Ética de Deontología Médica. Organización Médica Colegial Española; 1978.

Código Ético farmacéutico. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 1998.

Constitución española; 1978. BOE nº 311 de 29 de Diciembre 1978.

Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de Naciones Unidas; 1989.

Convenio para la protección de los Derechos Humanos y a la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, Abril 1997. Entrada en vigor en España en enero de 2000.

Delval, J y Gómez, J.C. Dietrich T. La psicología del niño hace doscientos años. Infancia y Aprendizaje. 1969; 41: 9-30.

DeMausse, LL. Historia de la Infancia. Madrid. Editorial Alianza; 1982.

Deneyer M<sup>1</sup>, Marchand J, Buy R, Michel L, Holsters D, Vandenplas Y.

The influence of the law on patient's rights on the practice of the Flemish paediatricians anno 2010. Acta Chir Belg. 2012; 112(4):297-301.

De Roubaix M. Are there limits to respect for autonomy in bioethics?

Med Law. 2008; 27(2):365-99.

Disponible en: <http://www.prospectos.net/postinor>.

Dolz Iago MJ. Menores embarazadas y aborto ¿Quién decide? Atención

Primaria. 1996; 29:539.

Edgardo José Avilés-Garay, Estadística no paramétrica, pdf.

Glòria P. La salud reproductiva y sexual en España. Gac Sanit. 2009;

23(3):171-173.

Gracia D, Jarabo Y, Martín N, Ríos J. Decision taking with minor pa-

tients. Barcelona. Med Clin. 2001; 117: 179 – 190.

Gracia D, Prólogo. En: Sánchez Caro J. El médico y la intimidad. Ma-

drid. Diaz de Santos; 2001

- Godeau E, Nic Gabhainn S, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J. Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries. *Arch Pediatr Adolesc.* 2008; 162(1):66-73.
- Hernández, Fernández y Baptista. *Metodología de Investigación*. Edición Mc Graw Hill; 1991.
- Hester D.M. Adolescent Decisionmaking, Part I: Introduction. *Camb Q Health Ethics.* 2009; 18:300-22.
- Hickey K. Minors' rights in medical decision making. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* 2007; 9 (3):100-4; quiz 105-6.
- Holder AR. Minors' right to consent to medical care. *JAMA.* 1987; 257:3400-3402.
- Iraburu M. *Con Voz Propia*. Alianza Editorial. Madrid. 2005; 33, 3467-70.
- Iraburu M. Estudio Multicéntrico de Investigación sobre la Confidencialidad. Barcelona. *Med Clin.* 2007; 128 (15): 575-8.
- Jonas Healthc Law Ethics Regul. Minors' rights in medical decision making. 2007; 9 (3):100-4.

Júdez J, Nicolás P, Delgado Mt, Hernando P. La confidencialidad en la práctica clínica: Historia clínica y gestión de la información. Med Clin. 2002; 118:18-37.

King NMP; Cross AW. Children as decision makers: guidelines for pediatricians. Pediatrics. 1989; 115:10-16.

Kivelevitch, Darío y col. monografía negativa del paciente a recibir tratamiento; 1998.

Kohlberg L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Desclée de Brouwer .1992; 200.

Ley 30/1979 de 27 de octubre, sobre la extracción y trasplante de órganos. BOE nº 266 de 6 de Noviembre 1979.

Ley 11/1981 de 13 de Mayo, de modificación del código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio .BOE nº 119 de 19 de Mayo 1981.

Ley 13/1983 de 24 de Octubre, de Reforma en materia de tutela. BOE nº 256 de 26 de Octubre 1983.

Ley 35/1988 de 22 de Noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida. BOE nº 282 de 24 de Noviembre 1988.

Ley 42/1988 de 28 De Diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos. BOE nº 314 de 31 de Diciembre 1988.

Ley 25/1990, del medicamento. BOE nº 306 de 22 de Diciembre 1990.

Ley 1/2000 de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE nº 7 de 8 de Enero 2000.

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente de Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274, de 15 de Noviembre 2002.

Ley 11/2003, de 28 enero de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana. DOCV nº 4430 de 31 de Enero de 2003. BOE nº 48 de 25 de Febrero 2003

Ley 15/2005 de 8 de Julio, por la que se modifica el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de Separación y Divorcio. BOE nº 163 de 9 Julio 2005.

Ley 29/2006 de 26 de Julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE nº 178 de 27 de Julio 2006.

Ley 42/2012 de 30 de Diciembre, por el que se modifica la Ley 28/2005 de 26 de Diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE nº 318 de 31 de Diciembre 2010.

Ley Orgánica 1/1982 de 5 de Mayo, de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. BOE de 14 de Mayo 1982.

Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio, de reforma del art. 417 bis del Código Penal. BOE nº 166 de 12 Julio 1985.

Ley orgánica 3/1986 de 14 de Abril, de medidas especiales en materia de salud pública. BOE nº 102 de 29 de Abril 1986.

Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre del Código Penal. BOE nº 281 de 24 de Noviembre de 1995.

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. BOE nº 15 de 17 de Enero 1996.

Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal. BOE nº 298 de 14 de Diciembre 1999.

Ley orgánica 2/2010 de 3 de Marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº 55 de 4 de Marzo 2010.

Marla E, Eisenberg A. Parental notification laws for minors' access to contraception: what do parents say? Arch Pediatr Adolesc Med. 2005; 159(2):120-5

Martínez Pereda, JM. La protección penal del secreto médico en el derecho español. Actualidad penal número 10;1996.

Martínez Pereda, JM, De Lorenzo. Los médicos y el nuevo código penal. Madrid. Editores Médicos S.A; 1997.

Miller, RD. Problems in hospital law. An aspen publication. 6ª Ed;1990.

Mira, J.J., Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. Gaceta Sanitaria. 2010; 24(3) 247-250.

Molina RC, Roca CG, Zamorano JS, Araya EG. Family planning and adolescent pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2010; 24(2):209-222.

Peña Sánchez de Rivera, D. Estadística. Modelos y Métodos. Volumen 2. Madrid. Editorial Alianza.1987: 84(2):206-81.

Perera A. Can I decide please? The state of children's consent in the UK. Eur J Health Law. 2008 Dec; 15(4):411-20.

Pérez-Cárceles MD<sup>1</sup>, Pereñíguez JE, Osuna E, Pérez-Flores D, Luna A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction? J Med Ethics. 2006 ;32(6):329-34.

Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en la página web: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>

Plaza Penades, J. El nuevo marco de la responsabilidad médica. Aranzadi; 2002.

Proyecto de Ley 1121/000039, sobre técnicas de reproducción asistida. BOCG 13 de Mayo 2005.

Real decreto 1416/1994 por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano. BOE nº 180 de 29 de Julio 1994.

Real Decreto 411/1996 de 1 de Marzo por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos. BOE nº 72 de 23 de Marzo 1996.

Real Decreto 412/1996 de 1 de marzo, por el que se establecen protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios relacionados con la técnicas de reproducción humana asistida y

se regula la creación del Registro nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana. BOE 23 de Marzo 1996.

Real Decreto 2070/1999 de 30 de Diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. BOE nº 3 de 4 de Enero 2000.

Real Decreto 223/2004 de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. BOE nº 33 de 7 de Febrero 2004.

Real Decreto 1088/2005 de 16 de Septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. BOE nº 255, de 20 de Septiembre 2005.

Real Decreto 1116/2006 de 2 Octubre, por el que se determina la composición y estructura del grupo interministerial para el plan nacional sobre drogas. BOE nº 251 de 20 de Octubre 2006.

Real Decreto 1345/2007 de 11 de Octubre por el que se regula el procedimiento de autorización registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE nº 267 de 7 de Noviembre 2007.

Real Decreto 825/2010 de 25 de Junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de Marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº 155 de 26 de Junio 2010.

Real Decreto 831/2010 de 25 de Junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación voluntaria del embarazo. BOE nº 155 de 26 de Junio 2010.

Real Decreto 1723/2012 de 28 de Diciembre, se regulan las actividades de obtención, utilización y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante. . BOE nº 313 de 29 de Diciembre 2012.

Rock EM<sup>1</sup>, Simmons PS. Physician knowledge and attitudes of Minnesota laws concerning adolescent health care. *J Pediatr Adolesc Gyneco*. 2003; 16(2): 101.

- Romeo Casabona, C y Castellano Arroyo, M. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. Derecho y Salud; 1998.
- Romeo Casabona, C.M. Derecho biomédico y bioética. Editorial Comares; 1998.
- Romero Palanco, J.L .La pericia médico-legal en los casos de responsabilidad médica; 2002.
- Romero Coloma, A La medicina ante los derechos del paciente. Montecorvo; 2002.
- Rovirá Barberá, M. Confidencialidad e historia clínica informatizada. Jano, IV ;1998.
- Rosenbaum S, Abramson S, MacTaggart P Health information law in the context of minors. Pediatrics. 2009 ; 123 Suppl 2:S116-21.
- Salmon DA, Moulton LH, Omer SB, Chace LM, Klassen A, Talebian P, Halsey NA. Knowledge, attitudes, and beliefs of school nurses and personnel and associations with nonmedical immunization exemptions .Pediatrics. 2004 ;113(6):552-9.
- Sánchez-Caro, Javier; Abellán 97; 53: 107-118.

Sebastiá M, D, Castelló A. ¿Cuál es el conocimiento de los derechos de sus hijos? Revista Semergen. 2010 ;36(10) :586-589.

Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: Un problema ético y jurídico. Rev Esp Pediatr; 1997.

Sitio Oficial de los testigos de Jehová. Disponible en: [http// www.jw.org](http://www.jw.org)

Sylvester C, Kastner L, Gore E. Age of first confidential pediatric interview in primary care. Fam Pract. 1990; 8:202-208.

Tejedor Torres J.C., Crespo Hervás D, Niño Ruez E. Consentimiento y confidencialidad en medicina del niño y adolescente. Barcelona. Med Clin. 1998; 111:105-111.

Verdú FA. Secreto profesional médico. Normas y usos. Granada. Editorial Comare; 2005.

Vieira L.A. Medical care in minors and incompetent patients: the patient's will and third party intervention in Spanish law. Med Law. 2009; 28:369-86.