

# L'atenció als menors

## Petites amb drets

**Grup d'ètica***Redactors del document*

Rosario Pérez García  
Albert Planes Magrinyà  
Miquel Reguant Fosas

*Membres del grup participants  
en el debat del document*

Noemí Amorós Parramon  
Carme Batalla Martínez  
M<sup>a</sup> José Fernández de Sanmamed Santos  
Roser Marquet Palomer  
Teresa Mateu Gelabert  
Ramón Morera Castell  
Laia Riera Armengol  
Marisa Rubio Montañés  
Gemma Torrell Vallespín

**Consultors per a aquest document**

Montse Esquerda  
Eva Miquel

**Referents que han fet aportacions  
al document**

Eva Comín  
Carmen Prieto  
Aurora Rovira  
Francesca Zapater

Tant els referents com els consultors fan aportacions a l'esborrany del document, que es tenen en compte, però el contingut final del document és responsabilitat del Grup d'Ètica, que n'és l'autor.

La col·lecció Reflexions de la Pràctica Quotidiana vol oferir motius de reflexió als lectors (bàsicament metges de família), que els ajudin a millorar el vessant ètic de l'atenció que presten als ciutadans. En cap cas pretén establir normes d'actuació ni definir estratègies perquè els professionals evitin possibles problemes jurídics. En qualsevol cas, els membres del Grup d'Ètica entenen que una pràctica èticament correcta és, dins la incertesa de la nostra professió, una bona eina, no sols per fer-ho millor, sinó també per prevenir problemes jurídics.

## ÍNDEX

<b>0. Observacions a tenir en compte per la lectura</b> .....	4
<b>1. Introducció</b> .....	5
<b>2. Real com la vida mateixa</b> .....	7
<b>3. Marc legal i deontològic</b> .....	9
<b>4. Marc deontològic</b> .....	11
<b>5. Qüestions polèmiques</b> .....	12
- La informació a la persona menor	
- És madura per a decidir una persona menor d'edat?	
- Com cal actuar davant una persona menor que considerem competent?	
- Com cal actuar davant una persona menor que no considerem competent?	
- Els pares i mares que pregunten per l'atenció dels seus fills/filles	
- La persona menor que pregunta per les relacions sexuals i/o malalties de transmissió sexual	
- La noia menor que vol la pastilla de l'endemà	
- La noia menor embarassada que es planteja continuar l'embaràs	
- La noia menor que es planteja la possibilitat d'avortar	
- La persona menor davant la mort. Com acompanyar-la	
- La persona menor que està disconforme amb la seva identitat sexual	
- Accés de la persona menor i/o la família a la seva història clínica, incloent l'accés a "la meva salut"	
- El menor i la docència	
- El menor i la recerca	
- El menor i la prevenció	
- L'entrevista a un menor	
- L'atenció urgent a un menor	
- L'atenció a menors en situacions on pot intervenir la justícia	
<b>6. Punts clau</b> .....	25
<b>7. Consells pràctics</b> .....	26
<b>8. Bibliografia</b> .....	27
<b>9. Annex I: sobre l'avaluació de la competència en el menor</b> .....	31

**OBSERVACIONS A TENIR EN COMPTE PER A LA LECTURA D'AQUEST DOCUMENT:**

*En el text trobareu l'ús de noms genèrics (família, majoritàriament) per a referir-nos a les persones que són responsables legals de la persona menor: inclou qualsevol model de família (monoparental, dona-home, home-home, dona-dona, avis,...)*

*En les històries hi trobareu més sovint la cita de la mare, ja que actualment la realitat a les consultes és que predominen les mares com a acompanyants a les visites.*

*També podeu trobar el masculí o femení per a referir-se a les persones, cal entendre que sempre ens referim a una persona que pot ser d'ambdós sexes.*

*Si no es tracta d'una cita legal o d'un altre text, hem preferit usar el mot "aptitud" o "competència" enlloc del (potser més habitual) capacitat (pensant que aquest té un caire més legal).*

*El document no abasta tots els aspectes ètics de l'atenció al menor. Alguns temes (per exemple l'actitud davant la disfòria de gènere) mereixerien, per la seva complexitat, abordatges amb més profunditat.*

*Aquest document, com la resta dels del grup d'ètica, està dirigit a la reflexió sobre les actituds dels metges i metgesses de família, específicament, fet que no implica que a altres professionals els puguin, també, ser útils les reflexions.*

## INTRODUCCIÓ:

La medicina de família, en el nostre país, atén les persones majors de 14 anys però la realitat és que a l'atenció continuada es pot atendre persones de totes les edats i també en la nostra realitat hi ha metges i metgesses de família atenent persones en l'anomenada edat pediàtrica. És per això que el document aborda els temes de la persona menor en totes les edats, amb les seves particularitats.

Les reflexions ètiques sobre el menor, com totes les reflexions ètiques, no són basades en les lleis, tot i que convé conèixer-les, sinó en els valors que ens han de guiar per a la seva atenció en el món sanitari.

Quan parlem de la persona menor, si no hi ha cap altra precisió ens referim a les persones fins que assoleixen els 16 anys (majoria d'edat sanitària), tot i que el període entre 16 i 18 anys també té alguns elements que convé tenir presents (veure l'apartat de legislació).

Quan atenem un menor, com a qualsevol altra persona, el nostre compromís és el benefici d'aquest menor; mai ho hem de perdre de vista: la nostra primera lleialtat és vers el menor, encara que, a vegades, la mateixa família ens pot portar a confusió. El menor és el protagonista i el destí de la nostra atenció. A Gran Bretanya el *General Medical Council* dona algunes recomanacions que han de guiar el procés, sigui quina sigui la seva edat, i que incorporem en bona part<sup>1</sup>:

Cal saber què volen els menors i per a fer-ho:

- Se'ls ha d'involucrar en les discussions sobre la seva cura.
- Cal ser honest i obert amb les persones menors i amb la seva família, respectant la confidencialitat.
- Escoltar i respectar les seves opinions i creences i respondre a les seves preocupacions i preferències.
- Fer les explicacions amb un llenguatge o altres formes de comunicació que puguin entendre.
- Tenir en compte com nosaltres i ells fem servir la comunicació no verbal i l'entorn en què ens trobem.
- Donar l'oportunitat de fer preguntes i respondre-les de forma honesta i de la millor manera possible.
- Tant com sigui possible tenir una discussió oberta i veraç, sabent que això pot ser ajudat o entorpit per la participació de la família o altres persones.
- Donar-los el mateix temps i respecte que voldríeu donar a la població adulta.

Els pilars fonamentals per a l'abordatge del tema del document són:

- L'autonomia: que és nul·la quan neix i que progressivament va essent més gran, lligada a la competència. La persona menor també pot decidir en funció del seu progrés d'aptituds i de competència. La progressiva participació dels menors a la consulta afavorirà el desenvolupament de la seva autonomia.

- La competència: és l'aptitud de poder obrar entenent què es fa d'una forma clara. La competència depèn de l'edat de la persona però també del problema a abordar. Un exemple: probablement un infant de pocs anys pot entendre que se li curi una petita ferida però és incapaç de copsar les dimensions d'una cirurgia major a la qual hagi de ser sotmès.
- La vulnerabilitat: l'infant menor va creixent però mentre ho fa és vulnerable de forma més accentuada que una persona adulta. Cal tenir-ho en compte per a reduir l'impacte de les diverses actuacions.
- La confidencialitat: és un dret que cal preservar en tot moment en la població infantil, en els primers anys compartida amb la família i després com a individu sol, a partir del moment que es considera madura. El concepte de menor madur forma part de les reflexions que venen tot seguit.
- La protecció: qui atén a un menor està obligat a protegir-lo, tenint en compte la seva vulnerabilitat.

Per tant, com veiem, l'abordatge ètic de l'atenció a la població menor té una gran complexitat i genera, a moments, interrogants ètics.

L'objectiu d'aquest document és abordar aquests interrogants i donar pistes sobre quina és la millor manera d'encarar aquestes dificultats. Sovint farem referència a anteriors documents elaborats pel grup, mostrant com moltes de les reflexions també són vàlides pels menors, adaptant-les al seu grau de competència<sup>2</sup>.

**REAL COM LA VIDA MATEIXA...:**

1. La Jenifer és una noia de 15 anys que acudeix un dilluns a última hora del matí a la consulta de la seva metgessa de família. Li explica que ahir a la nit havia tingut relacions sexuals amb la seva parella i se li ha trencat el preservatiu. Està molt neguitosa perquè no vol quedar-se embarassada i tampoc vol que la família ho sàpiga. Demana la píndola de l'endemà i, sobretot, que aquesta consulta, es quedi entre elles dues.
2. La Meritxell és una dona de 45 anys que té dues filles, una és petitona, té cinc anys; l'altra, de 15 anys, té asma. La Meritxell va cada any a la consulta de la pediatra per demanar-li la recepta dels broncodilatadors. Però, ara, ha sortit la notícia al blog del centre de salut, que es pot accedir a La Meva Salut, de les filles. Quina sorpresa va tenir, quan va veure que a la seva filla gran fa un mes li van demanar unes serologies. Per què? I ella no sabia res i, encara pitjor, ningú li havia dit res...
3. El Pere és un noi de 17 anys, acudeix al centre per parlar amb el seu metge, perquè volia una analítica per saber com es troba de salut. Va al gimnàs i ha canviat la dieta. El seu metge, aprofita la visita per preguntar-li si consumeix tòxics i en Pere respon que sols 3 o 4 petes el cap de setmana, això sí, no beu massa: alguna cervesa i, això sí, diverses begudes vigoritzants. No passa res, jo controlo....
4. En Joan, de 14 anys, li explica a la seva metgessa que ja no li agrada estar amb els seus amics, que sempre s'ha sentit poc o molt rebutjat per com és seu entorn i ara, a les xarxes, ha trobat un grup que li dona suport i li han obert els ulls: ell no és un home, sempre s'ha sentit femení... Aviat ho comunicarà a tothom i reclama que ja l'anomenem pel seu nou nom: Berta.
5. L'Amin té 12 anys. Ve a la consulta per un quadre compatible amb un refredat. La seva metgessa de família no el vol atendre perquè no ve acompanyat de cap familiar...
6. La Laia té 15 anys i és portada per la mare per fer la revisió que li fa la pediatra cada any. "No volia venir però jo la porto perquè ha de venir cada any".
7. La Carla està molt preocupada per la seva filleta Núria, de cinc anys, perquè a la darrera setmana va tenir malsons. Coincideix que el seu avi està a la residència en situació de darrers dies, i la Núria té una relació molt estreta amb ell. La Carla no sap si dir-li la veritat o no.
8. El pare de l'Enric està molt preocupat, no parla massa... "Ja sap vostè que l'Enric mai va ser xerraire!, però es que ara surt de classe i es tanca a la seva habitació, està sempre a l'ordinador i amb la televisió, ja no es relaciona amb els seus amics i ha baixat el seu rendiment". La metgessa li aconsella que l'Enric, de 15 anys, vagi un dia a consulta. Una setmana després, l'Enric admet, a la consulta, que passa moltes hores a l'ordinador; entra a pàgines de pornografia: "allà tot és més fàcil, ningú et rebutja".

9. En Xavier, de 13 anys, ve a la consulta acompanyat del pare. La metgessa el saluda personalment en entrar a la consulta i dirigint-se a ell li pregunta: "en què et puc ajudar...?"



## MARC LEGAL:

- La Convenció de Drets de l'infant, de Nacions Unides, de 20 de novembre de 1989, ratificada per Espanya el 30 de novembre de 1990, i la Llei Orgànica de Protecció Jurídica del menor, són els pilars que han servit per dotar a la persona menor de un marc jurídic de protecció.
- Llei Orgànica 1/1996, de 15 de gener, de Protecció Jurídica del Menor, de modificació parcial del Codi Civil i de la Llei de Enjudiciament Civil, ens parla al article 2 de l'anomenat "Interès superior del Menor", és a dir, quan el menor no pugui prendre les seves pròpies decisions, seran els seus representants qui ho faran, basant-se en aquest principi. L'interès superior del menor es configura com un principi jurídic interpretatiu, i per tant, hauria de concretar-se atenent a les particularitats de cada cas.
- Llei 41/2002 bàsica reguladora de la autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria de informació i documentació clínica, a nivell estatal. Fixa la majoria d'edat sanitària als 16 anys. Amb aquesta llei un menor de més de setze anys o un **menor emancipat, té aptitud per decidir per si mateix**, exceptuant que es tracti de un cas greu, on els representants legals han de ser a més informats i es tindrà en compte la seva opinió<sup>3</sup>. Per exercir aquesta autonomia se li exigeix competència a la persona menor. De no ser-hi, el consentiment hauria de donar-lo el seu representant, després d'haver estat escoltada l'opinió del menor si és major de dotze anys.

Els supòsits legals com la interrupció voluntària del embaràs, els assajos clínics i les tècniques de reproducció assistida es regeixen per la majoria de edat que imposa la legislació civil, és a dir, 18 anys.

- Amb la Llei Orgànica 8/2015, de 22 juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a la adolescència, s'introdueixen els **criteris** que han de tenir-se en compte a la hora de interpretar i aplicar l'**interès superior del menor**. Aquesta llei, posa de manifest la concepció que els menors són subjectes actius, participatius i creatius, amb aptitud de modificar el seu propi medi personal i social. I que la millor manera de garantir social i jurídicament la protecció a la infància es promoure la seva autonomia.
- Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a la adolescència. Aquesta llei ha estat molt discutida i vista com un pas enrere per als drets dels menors. Suposa una restricció de la autonomia perquè es priva al menor madur de la possibilitat de consentir o refusar un tractament mèdic **quan es troba en situació de greu risc** sense tenir en compte la seva efectiva aptitud. És a dir, els menor emancipats o majors de setze anys, abans podien consentir o refusar un tractament inclòs en situació de greu risc per la vida o la seva salut. En aquesta situació només **calia informar** als progenitors i tenir en compte la seva opinió. Ara, encara que sigui un menor emancipat o que tingui els setze anys, **si les decisions que prenem posem en perill la seva vida o la seva salut, els que fan el consentiment seran els seus representants**.

- Llei Orgànica 11/2015, de 21 de setembre, per reforçar la protecció de les menors i dones amb aptitud modificada judicialment a la interrupció voluntària del embaràs.

Suposa una modificació de la Llei orgànica 2/2010 i també de la Llei 41/2002 bàsica reguladora de la autonomia del pacient. La nova Llei, **suprimeix la possibilitat de que les menors d'edat prestin el consentiment informat per elles mateixes**, sense informar als progenitors. Per tant, per a la interrupció voluntària del embaràs caldrà, a més de la manifestació de la seva voluntat, el consentiment específic dels titulars de la pàtria potestat<sup>4</sup>. Els conflictes que sorgeixin quant a la prestació del consentiment per part dels representants legals, es resoldrà de conformitat amb lo disposat a el Codi Civil.

La nostra legislació estableix que les persones són adultes, per afers relacionats amb la seva salut, a partir dels 16 anys, incloent les decisions entorn de l'avortament. En són excepcions la participació en un estudi de recerca, la redacció d'un document de voluntats anticipades o la sol·licitud d'ajut per a morir, que requereixen tenir 18 anys. Per sota dels 16 anys la Llei també parla de maduresa dels infants, permetent que el sanitari valori en cada situació si és prou madur com per a decidir per si sol.

## MARC DEONTOLÒGIC<sup>5</sup>:

### **Norma 28**

*El metge té el deure d'informar el pacient sobre el seu estat de salut, els passos diagnòstics i les exploracions complementaries, el diagnòstic que s'estableixi, les opcions terapèutiques i els resultats esperats de la seva aplicació o del seu rebuig. La informació ha d'incloure també, quan calgui, les mesures preventives per evitar el contagi i la propagació de la malaltia.*

*S'ha d'informar també explícitament la persona quan sigui objecte d'investigació, docència, peritatge o avaluació.*

### **Norma 33**

*La valoració de la capacitat de fet de la persona malalta per comprendre la informació correspon al metge que l'assisteix, que n'ha de deixar constància a la història clínica. En el cas que el pacient sigui competent, ell mateix decidirà quines persones pot informar el metge i, en el cas que no ho sigui, el metge informarà els representants del pacient o les persones vinculades a ell per raons familiars o de fet.*

### **Norma 34**

*El metge ha d'obtenir el consentiment de la persona malalta en condicions que garanteixin la intimitat i l'expressió lliure de la seva voluntat.*

### **Norma 40**

*El metge té el deure de respectar el dret de tota persona a la seva intimitat, en el benentès que els límits d'aquesta només els pot fixar l'interessat. La presència d'estudiants o altres persones en l'acte assistencial requereix la conformitat del pacient.*

### **Norma 44**

*El metge, en cas de tractar un pacient menor d'edat, ha de vetllar sempre perquè aquest rebi la informació adequada al seu nivell de comprensió, i ha de fomentar que participi al màxim en el procés de presa de decisions, en la mesura que li permeti el seu grau de maduresa. Ha de vetllar també perquè la participació de pares o tutors en el procés no obstaculitzi la confiança d'aquest en els professionals sanitaris, i perquè el menor no deixi de consultar-lo quan ho necessiti.*

## QÜESTIONS QUOTIDIANES:

### La informació a la persona menor<sup>6,7</sup>

La informació a la persona menor és un deure ètic i també deontològic fonamental com amb la resta de persones ateses, que tenen dret a rebre-la. Cal fer-ho per lleialtat a la persona i per promoure la seva autonomia. El deure d'informar va més enllà, fins i tot, de la competència del menor: informar és un deure ètic lligat al respecte a la dignitat de la persona. Cal informar sempre, adaptant-nos a la maduresa de la persona.

És evident que, com ja hem comentat a la introducció, caldrà fer-ho amb un llenguatge o altres formes de comunicació que puguin entendre, però no negar-los el dret a ser informats en totes les situacions, incloses les malalties greus. Cal entendre la informació com un procés dinàmic i evolutiu en el temps, establint una relació franca i dialogant.

Quan es tracta d'informació sobre processos greus ens podem trobar amb la resistència, comprensible, de la família que voldria protegir-la. Cal fer-los veure que la manca d'informació a la persona menor li incrementarà molt probablement l'angoixa en desconèixer l'abast de les proves i/o tractaments a les quals se la sotmetrà. És més, sobre protegir deixarà desemparat el menor, en realitat el desprotegirà.

I, com en totes les situacions i persones, tinguin l'edat que tinguin, ser receptiu a preguntes i respondre-les de forma honesta i de la millor manera possible. L'obligació ètica a informar, i escoltar, el menor, no desapareix quan el considerem sense aptitud per a prendre aquella decisió; informar-lo adequadament, de forma adaptada a la seva edat, i escoltar la seva opinió, sempre que sigui possible, hauria de ser un ajut per a família i professionals en el moment de decidir en el seu millor benefici.

### És madura per a decidir una persona menor d'edat?<sup>4</sup>

Com ja hem comentat, aquesta és una qüestió cabdal. Valorar acuradament la competència (aptitud per a decidir autònomament) serà un tasca important en cada contacte de la metgessa de família amb una persona menor.

En els extrems tindrem menys dificultats: No caldrà cap valoració per concloure que l'infant de pocs mesos de vida no serà competent per a cap decisió relacionada amb la seva salut. A l'altre extrem, en principi, la població entre 16 i 18 anys són legalment competents i seran, sovint, capaços de decidir per ells mateixos en la majoria de situacions. Però, entre aquests extrems, el ritme de maduració de cada infant serà diferent; i, amb aquesta maduració, augmentarà progressivament la seva competència.

Però, en cap cas, no podem simplificar establint regles de "competència" lligades a l'edat. Per a cada infant d'una determinada edat i davant d'una determinada situació, caldrà valorar si el podem considerar (o no, o en quin grau) competent per a decidir.

És cert, però, que com més gran sigui i menys complexa la decisió més augmentarà la probabilitat que sigui competent. La maduració, i l'adquisició de la competència, no depèn exclusivament de l'edat; estarà influïda, per exemple, per factors com l'educació rebuda, l'entorn sociocultural, el grau d'autonomia que família i escola han anat promovent o, fins i tot les experiències prèvies entorn a la salut i la malaltia (probablement la majoria d'infants que han viscut problemes de salut greus, propis o de l'entorn familiar, maduraran abans que altres que no han hagut d'afrontar aquesta situació).

La metgessa i la infermera de família, com també la pediatra, tenen l'avantatge de poder conèixer l'infant, i el seu entorn, al llarg del temps (sovint des de que neix) i en múltiples situacions. Aquest fet proporciona informació molt valuosa sobre les seves característiques, possibles dificultats i sobre el seu grau de competència.

Així com a l'adult la competència se li pressuposa, al menor caldrà demostrar-la. Es proposa tenir en compte [veure annex 1]:

- Criteris d'avaluació en funció de les facultats mentals.
- Tipus de decisió a prendre.
- Context.

Hi ha hagut, al llarg del temps, moltes propostes per a avaluar la competència. Una de les més comentades és l'escala mòbil de Drane<sup>8</sup> que planteja diversos aspectes que condicionen la necessitat de més o menys maduresa en el moment d'acceptar propostes, els aspectes a tenir en compte són l'efectivitat de la mesura proposada, la precisió diagnòstica i el grau de benefici i/o risc en la mesura que es proposa. Aquests aspectes poden ajudar a entendre que per a una mesura útil, sense riscos i simple cal menys maduresa per entendre-la que altres mesures de gran complexitat<sup>9</sup>.

### **Com cal actuar davant una persona menor que considerem competent?<sup>4</sup>**

Haurà de ser protagonista, com una persona adulta, de les decisions sobre la seva salut (autonomia, respecte, lleialtat).

Podrà ser atesa sense la presència dels pares, mares o tutors i serà objecte de preservació de la seva intimitat (deure de confidencialitat).

Caldrà, però, matisar aquests dos principis i, valorar en cada situació la conveniència, en benefici de la pròpia persona menor (i fins i tot per afavorir la seva maduració i adquisició de competència), de fer participar a la família en l'atenció i en la presa de decisions. Promoure, i facilitar que ho vulgui, serà tasca del personal sanitari que l'atén. La realitat ens diu que en la majoria de situacions i en la majoria de famílies (si no hi ha distòcies familiars), les persones menors voldran, i agrairan, la col·laboració dels progenitors (o tutors) en la presa de decisions. Però mai hem de donar per suposat que el menor vol compartir la informació o les decisions amb els pares: cal preguntar-li sempre.

## Com cal actuar davant una persona menor que no considerem competent?<sup>4</sup>

En aquest cas necessitarem de l'ajut de la família (o tutors) per a decidir el millor en benefici de la persona menor.

Posarem límits, pel seu bé, a atendre'l tot sol. Límits que dependran de la situació clínica (segons complexitat, com hem vist abans) i característiques del problema, la persona menor i la família: la nostra actuació pot anar des de negar l'atenció (o fer-ne sols una escolta inicial) a atendre amb matisos o deixant coses pendents. Quan parlem de negació no entenem no escoltar o atendre, sinó no completar el procés sense que hi hagi els seus tutors.

També aquests plantejaments tenen matisos. Caldrà ajudar les mares i pares a decidir en benefici del que és millor per a la persona menor (pensant en ella i no pas en els desitjos dels progenitors) i ajudar-los a fer-ho tenint en compte (quan sigui possible) les opinions dels fills i filles. Caldrà ajudar, també, perquè sigui la persona menor la que busqui l'ajut voluntari de la família atenent a la seva millor atenció.

Aquest joc, ple de matisos, entre persones menors, família i professionals, hauria d'ajudar justament a la persona menor perquè maduri i sigui cada cop més competent. Caldrà ajudar la família a entendre que promoure aquesta competència és bo per als seus fills/filles i que, si es fa en un marc de mútua confiança i respecte, no comportarà pèrdua de la responsabilitat de cura per part dels progenitors.

Aquests hauran de ser ajudats a entendre que l'exercici de la pàtria potestat és més un deure que un dret. No és tant el dret a "jo puc decidir en nom dels meus descendents", sinó més aviat el deure de "jo he de decidir el millor per als meus fills/filles". Aquest "millor per a el/la meu/va fill/a" progressivament passarà de ser una decisió exclusivament dels progenitors (en infants molt petits) a anar-se barrejant i modulant (conforme la persona madura) amb les opinions i decisions de les persones menors.

## Els pares i mares que pregunten per l'atenció dels seus fills/filles<sup>10</sup>

La situació que comentem és quan la persona menor és madura. És un fet freqüent i cal tenir en compte que, de forma molt majoritària prové de la preocupació i desig de protecció per part dels pares. Com ja s'ha dit el menor madur té el dret a la confidencialitat però la resposta no ha de ser simple sinó explicativa per als progenitors.

Cal aprofitar qualsevol ocasió per a explicar-los la necessitat de fomentar la confiança dels menors en el personal sanitari, confiança que facilitarà que la persona menor expliqui tots els problemes. Contràriament, si sap que la família pot tenir accés a la informació, se la reservarà sovint, dificultant arribar a una anàlisi curosa d'allò que li passa i tenint com a resultat el contrari d'allò que desitgen els progenitors, que és ajudar a la persona menor.

No hem d'esperar al moment en què es produeix la petició d'informació. És probable que vingui anteriorment en alguna consulta acompanyat d'algun dels seus progenitors. És una ocasió d'or per explicar als uns i als altres els drets de la persona menor i la garantia de protecció de la confidencialitat.

Cal deixar clar que el cuidarem sempre i que, si creiem que és necessari, li recomanarem que parli amb la seva família o que vingui amb ella a la consulta però deixant que la decisió sigui de la persona menor.

### **La persona menor que pregunta per les relacions sexuals i/o malalties de transmissió sexual (MTS)**

Parlar de sexualitat amb un menor no ha de ser, simplement, parlar de l'acte sexual o dels seus possibles riscos a evitar (malalties de transmissió sexual o embaràs no desitjat). Respondre, com a professionals, a qüestions relacionades amb la sexualitat pot ser una immillorable ocasió per a fomentar el respecte cap a les persones.

En una societat plural, els valors morals no seran exactament els mateixos en diferents persones o famílies, i poden canviar amb fluïdesa, com ens explicava Bauman<sup>11</sup>. Però els valors de llibertat, igualtat (totes tenim dret a dir sí o no) i dignitat (pel sol fet de ser persona) sempre haurien d'estar presents. La llibertat es pot veure limitada, entre altres, per l'asimetria d'edat, l'entorn social masclista, la diversitat cultural i la realitat socioeconòmica desfavorable. La legislació espanyola considera que no hi pot haver veritable consentiment en menors de 16 anys, sobretot valorant l'asimetria d'edat.

### **La noia menor que vol la pastilla de l'endemà**

Cal considerar que com qualsevol contacte amb els serveis de salut és una bona ocasió per orientar a la persona que consulta. No pot ser només un simple "tràmit" on se li dona sense cap altre element. Si ve sola caldrà aprofitar per fer entendre que la responsabilitat de les relacions sexuals i els possibles problemes que se'n deriven ha de ser de les persones que l'han tinguda, no només de la dona. També cal preguntar i explicar mètodes anticonceptius i oferir una consulta posterior si fos necessari. Serà bo valorar, també, la possible coacció en la relació mantinguda o l'asimetria d'edat, que podrien comportar, accions legals.

Si considerem que la noia menor és prou madura com per a ser competent per assumir la situació, li facilitarem la pastilla.

La dificultat ve quan es consideri la menor no competent, ja que caldria parlar amb els seus responsables legals. En aquest cas serà molt important valorar els possibles cursos d'acció, no fos cas que la solució empitjori el problema i allunyi a la pacient del sistema sanitari i augmenti el risc posterior. En aquesta valoració ens pot ajudar plantejar-nos algunes preguntes per aquell cas concret:

- Hem valorat bé la competència?: Una persona no competent podria passar tot el procés i barreres per arribar a la nostra consulta?
- Pot obtenir la pastilla en altres llocs?: La pastilla, per exemple, se li podria vendre a la farmàcia on sovint es dispensarà sense cap diàleg.
- La comunicació, si no és volguda per la menor, amb la família quines conseqüències tindrà?, serà beneficiosa o maleficient per a la menor?

Per lleialtat, equitat i respecte, si el professional té reserves sobre l'ús de la pastilla de l'endemà no pot traspasar a la menor les seves opinions i, si no vol assumir-ne aquest motiu de consulta per raons de consciència, ha de garantir sempre, però, que la menor sigui atesa.

### La noia menor embarassada que es planteja continuar l'embaràs

En aquest cas cal tenir en compte que, si té més de 16 anys o la considerem competent, la decisió és exclusivament seva. Però, sempre que sigui possible serà bo cercar el suport del seu entorn familiar; aquest serà imprescindible en menors de 16 anys.

Cal dedicar un temps a explicar-li què representa l'embaràs i els seus riscos per l'edat sense que això suposi no respectar la seva decisió. Atès que el procés no podrà ser amagat, cal recomanar-li compartir-ho amb la família, sempre que sigui possible.

Si la noia no la considerem competent, caldrà comptar amb l'entorn familiar per a la valoració de la situació tenint clar però, que, també en aquesta situació, el personal sanitari ha de donar suport a la noia, atès que, en alguns entorns, la pressió per a no continuar l'embaràs poden ser elevades.

### La noia menor que es planteja la possibilitat d'avortar<sup>12</sup>

És una situació més complexa ja que, legalment, pels canvis legislatius que es van aprovar el 2015<sup>13</sup> calgui l'autorització dels seus representants legals per a realitzar l'avortament. Aquest canvi no ha d'impedir que realitzem la nostra tasca d'acompanyament en la decisió. La llei diu:

*Article segon. Modificació de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.*

*Es modifica l'apartat 5 de l'article 9, que queda redactat de la manera següent:*

*5. La pràctica d'assajos clínics i la pràctica de tècniques de reproducció humana assistida es regeixen pel que està establert amb caràcter general sobre la majoria d'edat i per les disposicions especials aplicables.*

*Per a la interrupció voluntària de l'embaràs de menors d'edat o persones amb capacitat modificada judicialment és necessari, a més de la seva manifestació de voluntat, el*



*consentiment exprés dels seus representants legals. En aquest cas, els conflictes que sorgeixin quant a la prestació del consentiment per part dels representants legals s'han de resoldre de conformitat amb el que disposa el Codi civil.*

El Codi Civil diu<sup>14</sup>:

*Art. 163. Sempre que en algun assumpte el pare i la mare tinguin un interès oposat al dels fills no emancipats, s'ha de nomenar un defensor dels fills que els representi en judici i fora de judici. També s'ha de procedir al nomenament quan els pares tinguin un interès oposat al del fill menor emancipat la capacitat del qual hagin de completar. Si el conflicte d'interessos només és amb un dels pro-genitors, correspon a l'altre per llei i sense necessitat d'un nomenament especial representar el menor o completar-ne la capacitat.*

Podria interpretar-se també que cal protegir la menor amb aquest article de la llei orgànica 8/2015<sup>15</sup>, de 22 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència:

*Article 2. Interès superior del menor.*

*1. Qualsevol menor té dret que el seu interès superior sigui valorat i considerat primordial en totes les accions i decisions que el concerneixin, tant en l'àmbit públic com privat (...) Les limitacions a la capacitat d'obrar dels menors s'han d'interpretar de manera restrictiva i sempre en l'interès superior del menor.*

Cal intentar, malgrat totes les dificultats, aconseguir que la decisió de la menor sigui volguda i informada.

Per aquesta raó la funció nostra serà informar de les opcions amb els problemes que comporta cada opció que hi ha, sense donar opinions personals, obrir un espai de diàleg per garantir que es tiri endavant la seva decisió i no la que pugui proposar el seu entorn familiar, quan difereix, intentant mediar quan hi hagi conflicte. Moltes vegades és recomanable fer una segona visita en unes 48-72 hores perquè aquestes decisions no solen ser fàcils i cal que se sentin acompanyades en la seva decisió, atès que alguns entorns, la pressió per a no avortar poden ser elevades.

També caldrà oferir l'adequada atenció posterior.

Si el personal sanitari té raons de consciència per no intervenir en una petició d'avortament, cal comunicar-li el fet i derivar-la a una altra professional del propi centre per garantir sempre que la persona menor sigui atesa.

### **La persona menor davant la mort. Com acompanyar-la**

Abans tot el procés de mort acostumava a quedar-se a dins del si familiar. Es tractava d'un acte íntim, on els familiars tenien cura de les necessitats del moribund

i l'acompanyaven fins als darrers moments. Actualment, sovint la casa és substituïda per una institució i s'exclou del procés les persones menors.

Malgrat que el binomi vida-mort forma part de l'existència humana, sovint la mort és apartada de les nostres vides perquè implica sofriment, sentiment que avui dia allunyem per tenir una vida "feliç". Es vol protegir les persones menors pensant que això és millor, però, per contra el que fa és no donar-los les eines necessàries per a l'enfrontament de la pèrdua de l'ésser estimat.

Un procés de malaltia greu i la conseqüent mort pot ser una ocasió per apropar els infants i adolescents a la comprensió de la vida i a la presència ineludible de malaltia. No s'ha d'evitar que vegin (en la mesura que ho desitgin i puguin acceptar) una persona malalta, que hi parlin, que s'acomiadin... Tampoc hem d'impedir que vegin la persona morta si ho volen fer, sempre amb el degut acompanyament.

En el procés d'atenció a final de vida, els metges de família han de tenir en compte si hi ha menors en l'entorn familiar i parlar com abordar la seva participació tant en les cures com en les converses que es puguin produir entorn la situació. La majoria de menors que han participat en la cura dels malalts (al seu nivell, és clar), manifesten menys angoixa i fan millors dols.

Atenent als valors de respecte i lleialtat, cal parlar de la mort als nens i nenes, amb tota naturalitat, i amb un llenguatge adequat en funció de les etapes evolutives (respecte i lleialtat). Així, per exemple, els infants fins als tres anys, identifiquem la mort amb l'abandonament temporal i la forma que té d'expressar aquesta separació és mitjançant el plor i la inquietud. La família li haurà de dedicar més temps i més cura, i sobretot, caldrà mantenir les seves rutines. A partir dels 7 anys acostumen a adquirir una certa idea del que significa la mort; serà una edat en la que en podrem parlar amb normalitat, adaptant-nos a cada cas. Però no serà la mateixa actitud que s'ha de tenir a l'adolescència. En aquesta etapa, a part de la situació de pèrdua que experimenta se li afegeixen els canvis i conflictes personals propis d'aquesta etapa madurativa (entre els quals hi serà present l'afrontament amb la idea de mort pròpia i aliena). El dol sovint es manifestarà amb sentiments de culpa, necessitats de aïllament, insomni, fracàs escolar, pèrdua de amistats i, fins i tot, conductes de risc (esportives, sexuals, drogues). A les persones joves els ajuda una certa supervisió però respectant al mateix temps, l'espai que reclamen, realitzar activitats que afavoreixen el record de l'ésser perdut, així com tenir-les en compte en les explicacions. La participació, adaptada a la seva edat, dels menors en els rituals de comiat pot ser beneficiosa, sense defugir parlar de la mort en sí mateixa.

Caldrà sempre intervenir en el dol?. Probablement no. Serà bo estar atents a actituds negacionistes o de bloqueig; l'impacte en un infant pot manifestar-se al cap de temps amb formes més o menys greus de patiment emocional. Ens cal tenir especial cura en morts que podríem dir "especials" pel tipus de mort (suïcidi, accident, eutanàsia...) o per l'entorn en que es donen (vincles, dificultats familiars...) i, en aquests casos, plantejar-se la necessitat d'altres recursos més enllà de l'acompanyament (grups d'ajuda mútua, serveis de salut mental...). Però hem d'evitar medicalitzar (prudència)

un esdeveniment vital "natural" com és la mort, d'ací la importància de parlar amb la població infantil d'aquest tema ja sigui dins la família i també a les escoles.

Com a sanitaris (professionals mèdics i d'infermeria), hem de tenir la porta oberta i oferir-li el temps que el pacient necessiti per parlar de les seves emocions i dels seus sentiments (proximitat). Ho hem d'intentar fer tant amb el menor com amb l'adult que ho necessiti. De vegades, les persones joves no contacten amb nosaltres perquè l'estructura familiar és forta i disposen de mecanismes d'ajuda a dins de l'entorn social. Però, cada vegada més, es posa de manifest que a la persona menor (o a la seva família) els manquen eines que els serveixin d'ajuda per a l'afrontament del dol, i han de recórrer al sistema sanitari. Si ens acostumem a parlar del final de vida, serà més fàcil afrontar el dol.

No tenim una tasca fàcil. Atendre a una persona menor que ha sofert una pèrdua, implica un desgast emocional per al professional, implica temps de dedicació per una escolta "curativa" a la consulta, implica també tenir habilitats per saber portar a bon port l'entrevista, però és un repte que hauríem de assumir.

Alguns consells que ens poden ser útils per a famílies i professionals entorn del final de vida i els infants implicats:

- No dir que "es curarà" quan ja sabem que l'evolució portarà a la mort.
- Fer-los participar del procés de malaltia i no defugir parlar-ne, animant fins i tot a que expressin el que senten o juguin (a estar malalts, a morir-se...).
- No retardar la notícia de la mort. És preferible preparar als infants amb antelació, quan sigui possible, perquè pugui fer la elaboració del dol.
- Permetre que participi en els rituals funeraris. Assistir i participar tant en la vetlla com en el funeral li ajudarà a comprendre el significat de la mort.
- Estar-hi a prop dels infants, escoltar-los, abraçar-los i plorar amb ells, sense amagar els nostres sentiments de dolor i atenent i parlant dels seus possibles sentiments de culpa.
- Permetre vincles afectius amb l'ésser estimat. Tenir al seu costat objectes personals de la persona morta que mantinguin el seu record.
- No retreure ni sancionar l'infant per les seves respostes adaptatives, ja que poden generar un sentiment de culpabilitat.
- Recuperar la quotidianitat (escola, activitats, amics...), les rutines, les pautes, que ajudaran a recuperar la normalitat.
- Aprofitar l'escola com a punt de suport. El personal docent pot col·laborar amb la família per parlar de la mort i de les pèrdues així com dels sentiments que generen.

### **La persona menor que està disconforme amb la seva identitat sexual<sup>16</sup>:**

Per la seva complexitat, caldrà tractar aquest tema, amb més profunditat, en un altre document. Però cal tenir molt present el respecte a l'autonomia, la prudència i la no maleficència en les actuacions, sobretot quan es plantegen opcions no reversibles.

Cal tenir en compte la competència del menor, influïda, com hem vist, per l'abast i irreversibilitat d'algunes decisions. És un àmbit on cal reforçar la prudència, la calma i l'acompanyament del menor i la seva família, per entendre i normalitzar les diverses expressions de gènere dels menors sense seguir inèrcies per resoldre la seva disconformitat o indefinició.

### **Accés de la persona menor i/o la família a la seva història clínica, incloent l'accés a "la meva salut"**

La normativa de l'accés a la història clínica electrònica de la persona menor és complexa actualment a Catalunya ja que queda oberta als progenitors i posa en risc el dret a la confidencialitat del menor i la seva confiança en els professionals sanitaris<sup>17</sup>. Permet l'accés lliure als pares i mares que ho sol·licitin dels menor de 16 i també als de més de 16 anys si el fill ho autoritza. Sembla del tot lògic que si una persona major de 16 anys és considerada a efectes sanitaris major d'edat tingui accés a la seva història clínica i també a la carpeta "la meva salut". La informació des dels CAPs sobre aquesta situació és cabdal.

En canvi l'accés de la família creiem que vulnera la intimitat del menor. Cal recordar que el pilar en què es fonamenta la relació professional-pacient és la confiança i, perquè hi sigui, la confidencialitat ha d'estar garantida. De la mateixa manera que cap dels membres de les parelles no tenen accés a la història de l'altra, tampoc sembla lògic que una persona que té el dret a la confidencialitat, com tothom, pugui quedar limitat per l'accés dels responsables legals a l'història.

La població adolescent sovint malafia del món adult i, per aquest motiu, l'accés als serveis sanitaris no és, de forma generalitzada, una activitat freqüent en aquesta franja d'edat.

Consulten quan surten els maldecaps, com pot ser, per exemple, una crisi de parella, angoixes per temes que no volen explicar a casa, una relació sexual sense protecció que motiva la petició de la pastilla de l'endemà... És obligat que la seva família ho sàpiga tot? Quan es genera complicitat és més fàcil que l'adolescent confii altres qüestions que li preocupen o que potser li haurien de preocupar com el consum d'alcohol o altres substàncies, per exemple. Però també poden consultar per dificultats que puguin tenir en l'àmbit familiar, siguin petites o greus.

És probable que davant el qüestionament de la confidencialitat sigui molt més difícil que l'adolescent consulti i, per tant, la seva atenció es complica més, però els problemes seguiran existint i, a vegades, l'adolescent buscarà la solució pel seu compte.

Moltes vegades les mares i els pares plantegen que necessiten saber què els passa als seus fills per poder-los ajudar. I és lícit, raonable i comprensible, com ja hem comentat en un altre apartat d'aquest document "Els pares i mares que pregunten per l'atenció dels seus fills/filles".

Però l'objectiu principal és protegir la persona menor i caldria que la mesura d'accés a la carpeta de salut no fos obert als progenitors, per ajudar a garantir la protecció del dret de confidencialitat de les persones menors. Mentre això sigui així, els professionals sanitaris faran bé de valorar en quantes ocasions és precís escriure usant la pestanya de "confidencial" les notes a la història clínica de les persones menors, d'acord amb elles.

### El menor i la docència<sup>18</sup>

Els centres docents han de tenir en compte que el menor té el dret a no voler ser atès pel resident, com passa amb les persones adultes.

En les persones menors convé obrir el debat sense esperar que ho manifesti, sobre si vol una visita només amb el seu professional de referència o, contràriament, se sent còmode amb la presència i/o visita d'un resident.

### El menor i la recerca<sup>19</sup>

Els nens conformen una població única amb diferències fisiològiques i de desenvolupament definides respecte als adults. Els assajos clínics en menors són essencials per a desenvolupar teràpies i intervencions específiques de l'edat i verificades empíricament, per a determinar i optimitzar els millors tractaments mèdics disponibles. La farmacoteràpia de nens i la d'adults difereixen en diversos aspectes, raó per la qual els estudis amb nens són necessaris per a garantir la seva seguretat i efectivitat.

El desenvolupament dels menors en les discussions i decisions sobre la seva inclusió en el projecte de recerca implica respectar la seva maduresa emergent, preparar-les per a la participació en la recerca, donant-los oportunitat d'expressar les seves dubtes, objeccions, i, evidentment, la seva negativa. També, i més important, exigeix adequar el procés en la pràctica del desenvolupament biopsicosocial dels nens, la qual cosa permetrà validar moralment la seva participació<sup>20</sup>.

Avui dia, s'accepta la recerca en el menor, sempre que compleixi amb els principis ètics i legals. Qualsevol recerca amb essers humans, haurà de ajustar-se als principis de la bioètica:

- No maleficència: obliga a treure, prevenir o evitar un dany intencionat, físic, psíquic, moral o social. Donaria rellevància a no produir dany durant la recerca. Valorar el risc-benefici. S'accepta tota recerca que no suposi un risc major que el mínim<sup>21</sup>.
- Justícia: obliga al repartiment equitatiu de beneficis i càrregues. No es pot investigar solament en determinats extractes de població o en països pobres, o en determinats grups socials amb major vulnerabilitat.
- Autonomia: obliga a respectar i promoure les decisions de la persona en la gestió de la seva salut. Aquest principi, està íntimament lligat al consentiment informat

(C.I). El C.I és un procés i com a tal, comença donant la informació d'una manera comprensible, objectiva, clara, veraç i adaptada a la persona que la rep, perquè pugui fer el seu judici i decidir si participa o no. En aquest cas, els responsables del menor, seran els que atorguin el CI fins que el pacient no arribi als divuit anys, edat que marca la llei per participar en assaigs clínics. Però, la normativa diu que no se haurà d'incloure a un menor en un assaig clínic si aquest no dona el seu assentiment<sup>22</sup>, pel que caldrà informar el menor (adaptats a la seva maduresa) per obtenir aquest assentiment. Si el menor arriba a l'edat adulta establerta per llei durant la investigació, hauria de obtenir-se el seu consentiment per continuar la seva participació.

- **Beneficència:** obliga a fer el bé al pacient, tenint en compte el seu concepte de bé. S'ha de assolir el benestar de les persones que participen a recerca i procurar el màxim benefici amb el mínim dany com a conseqüència de les intervencions realitzades al transcurs de la investigació.

### El menor i la prevenció:<sup>23</sup>

Si cal prudència per recomanar una activitat sanitària a una persona malalta, encara en cal més quan li proposem una activitat preventiva a una persona sana; amb més raó (per la seva fragilitat i limitacions per a decidir) si es tracta d'un menor.

En els infants són especialment rellevants, com a activitat preventiva, l'administració de vacunes. Aquesta actuació sovint té implicacions individuals i comunitàries.

Les vacunes, en general, han suposat un enorme avenç per a la medicina i la humanitat, però seria imprudent no ser crítics amb elles i reconèixer que tenim molt bones vacunes i altres que no ho són tant; aquesta actitud és beneficiosa fins i tot per a la confiança (necessària) de les persones en les vacunes proposades. Pot ser tan maleficient titllar les vacunes de maleficients en general, com, acríticament, considerar que qualsevol vacuna, pel sol fet d'existir, és bona. Tenint en compte això, caldria que les recomanacions sobre vacunes fossin ben ponderades i basades sempre en un benefici/risc clar (individual i comunitari). Per les seves implicacions és prudent que siguin les autoritats sanitàries les que estableixin els calendaris vacunals oficials i pot ser imprudent que professionals individuals (o formant part d'un col·lectiu) facin recomanacions a tots els infants respecte a la introducció de noves vacunes; aquest fet, apart d'imprudent, té implicacions respecte a la justícia (accés equitatiu a un suposat benefici vacunal). A vegades aquestes recomanacions es fan atenent a conflictes d'interessos o a pors dels professionals ("si no recomano quelcom que altres companys fan.., a veure si per casualitat em tocarà a mi un cas de..."). En tot cas, com sempre, una bona informació, adaptada a la persona i la vacuna en qüestió, serà cabdal.

Sovint es planteja la possibilitat d'obligar a l'administració de vacunes, com a eina de salut pública. Apart de que la pràctica ens diu que no milloren els índexs vacunals en països on algunes vacunes són obligatòries (ans al contrari), l'obligatorietat s'hauria de restringir sempre a situacions concretes i tan sols per a vacunes amb clar i demostrat efecte ramat (la vacunació d'un alt percentatge de població assegura la

manca de transmissió de la malaltia i és tota la població la que se'n beneficia), mai en vacunes que, amb els coneixements actuals, sols donen protecció individual (com la del tètan o la de la COVID-19).

Un altre problema que es planteja des del punt de vista ètic és com gestionar la negativa d'alguns pares (per les seves creences) a administrar vacunes efectives als seus infants (que per ser menors no poden encara decidir per ells mateixos). Com sempre la perseverança en persuadir-los seria la millor eina; en el procés de persuasió pot ser útil, i honest, compartit amb els pares informació veraç, amb arguments científics, que permeti admetre crítiques raonables (el paper de la indústria, la informació esbiaixada, la manca de referència a efectes adversos...). En aquests casos es podria discutir la obligatorietat en estar privant d'un benefici (si és clar) al fill (menor a protegir); si no és així, ens caldrà esperar a que el menor faci els 16 anys.

### L'entrevista a un menor

Els menors tenen el mateix dret que els adults a ser atesos preservant la seva intimitat. Aquest dret es veu matisat en el cas de menors no competents (incapaços de decidir) en els que ens caldrà la presència d'un adult que vetlli pels seus drets i la seva atenció. Serà bo, en tot cas, mantenir la mateixa prudència (per part nostra i demanar-la a qui l'acompanyi) respecte a no revelar qüestions conegudes en el procés d'atenció<sup>24</sup>.

En el cas de menors madurs ens caldrà assegurar, com en un adult, que volen ser acompanyats a l'entrevista; sovint caldrà preguntar-ho explícitament per evitar malentesos o posar el menor en una situació incòmoda. Demanar privacitat, i que s'espera a la sala d'espera, als acompanyants hauria de ser una pràctica normalitzada. Si durant l'entrevista d'un menor madur acompanyat detectéssim aquesta incomoditat caldrà replantejar l'entrevista d'aquest menor a soles o acompanyat de qui desitgi.

Sovint tenim el perill de centrar l'entrevista en la família que acompanya, i no pas en el menor que ha de ser el centre de la mateixa (per prudència, lleialtat i respecte). Si cal, haurem de promoure activament la seva participació.

Caldrà també tenir especial cura a mantenir la intimitat en l'exploració. Serà bo, com en els adults, explicar i demanar permís (encara que sovint sigui implícit). Tenir especial cura amb la imatge corporal (amb pors, inseguretats) que tenen els adolescents: no menystenir consultes que semblin irrellevants.

### L'atenció urgent a un menor

En l'actual forma d'organització del nostre sistema sanitari, sovint les atencions urgents a infants les fan metgesses de família. En aquest context cal la responsabilitat professional de mantenir una bona formació en aquest àmbit (honradesa), no sols des del punt de vista estrictament clínic sinó, també, de relació amb l'infant i la seva família.

Si es tracta d'un problema greu, que requereix atenció immediata, caldrà actuar independentment de l'edat de l'infant i de la valoració de la seva aptitud, encara que no estigui acompanyat dels familiars. Per a la resta de situacions seran vàlides les anteriors reflexions d'aquest document, prenent especial rellevància el valor de la prudència en la valoració de la situació: evitar la maleficència tant per deixar de diagnosticar problemes greus com la de remetre l'infant a un centre d'urgències hospitalàries de forma innecessària.

Serà bo posar en valor l'atenció amb proximitat per tal d'acompanyar en el probable impacte emocional del menor davant la sensació d'urgència i perill.

### **L'atenció a menors en situacions on pot intervenir la justícia**

En serien exemples l'atenció a menors de pares en procés de separació, aquells tutelats per la DGAIA o aquells que poden haver patit maltractaments o quan hi ha sentència de progenitors per maltractaments masclistes.

Cadascuna d'aquestes situacions (i d'altres que podríem descriure) té els seus matisos, però totes tenen en comú que el metge de família es troba davant el dilema de l'atenció (i la preservació dels drets) del menor i els interessos dels familiars (que poden estar enfrontats) o les institucions (DGAIA o justícia). Cal, per lleialtat, respecte i no maleficència, procurar preservar els drets de l'infant (és un menor al que ens cal protegir) davant la resta d'interessos, per lícits que siguin.

En la relació amb la justícia caldrà ser molt prudents quan se'ns demani facilitar informació sobre el menor. Sols ho farem a requeriment del jutge i demanant sempre poder acotar al màxim la informació que donem, aquella que al jutge li sigui imprescindible i fent constar la possible maleficència pel menor d'aquesta informació i el seu possible mal ús per les parts enfrontades en judici.

És especialment freqüent que hi hagi conflictes en els processos de divorci; el menor s'hi veu immers. Cal distingir si hi ha violència de gènere a la parella (i per tant els menors també en són víctimes) o que, encara que no n'hi hagi, es manipuli al menor. En el cas d'un adolescent, mantenir una actitud d'escolta, que posi llum a les possibles manipulacions, que potenciï l'interès del menor, que no contribueixi a posar al menor al mig de la disputa ni el faci sentir culpable, que normalitzi les seves ambivalències i permeti identificar les violències si n'hi ha.

Més enllà de l'obligació legal de denúncia caldrà especial prudència davant la sospita de maltractaments o peticions de separació dels infants de la llar familiar. Caldrà ponderar bé el risc per la integritat del menor, respecte a la possible maleficència de separar-lo de la seva família.



## PUNTS CLAU

- Sempre el protagonista en l'atenció d'un menor és ell mateix, amb les seves aptituds, valors, interessos i necessitats.
- La nostra actuació ha d'estar sempre centrada en el menor i el seu benefici.
- La persona menor té el dret a la informació independentment del seu grau de maduresa. Els professionals han de considerar-lo com a la persona central de la visita, fins i tot, quan no tenen prou maduresa.
- La persona menor té dret a la protecció de la seva intimitat i confidencialitat. Quan la persona menor sigui madura la confidencialitat és un dret a protegir i, com sempre, fer-ho ens serveix per reforçar la seva confiança en els professionals.
- La valoració de l'aptitud per a decidir és cabdal en l'atenció dels menors.
- Davant d'un menor sense aptitud per a decidir, ens caldrà emparar-nos en la decisió de la família, ajudant-los, sempre, a decidir en el sentit del millor benefici per l'infant.
- A efectes legals, a Espanya es considera que una persona té capacitat plena per a decidir sobre els seus afers de salut a partir dels 16 anys.
- Cal una especial prudència en l'aplicació de mesures preventives en els menors, així com en incloure'ls en programes de docència o recerca.
- També cal una especial prudència en l'aplicació de mesures irreversibles en els menors (ni que sigui amb el suport dels pares) que manifesten disconformitat amb el seu sexe.

## CONSELLS PRÀCTICS

- No deixis mai d'atendre un infant amb l'excusa de que no ve acompanyat: valora primer...
- No donis per fet que cal, sempre, informar els pares (o família o tutors del nen/a).
- Afavoreix la participació dels menors a la consulta.
- Informa al menor sempre, encara que consideris que el menor no és competent per a decidir.
- No donis per fet que cal informar de tots els problemes de salut d'un infant quan t'ho demanen des d'organismes oficials inclòs el jutjat: valora primer.
- Explica i reexplica als pares que les persones majors de 16 anys són, legalment, considerades adultes a efectes d'atenció sanitària.
- Tracta sempre un menor com el que és, un persona que mereix tot el respecte i protecció.
- Pregunta als menors si volen seguir a la consulta amb les persones que els acompanyen o preferirien estar sols.
- Valora si cal escriure com a confidencials notes a la història clínica dels menors, sabent que els seus pares hi podrien accedir.
- Acompanya les persones menors que manifesten disconformitat amb el seu sexe: ajuda'ls a madurar per a prendre les millors decisions autònomes.

## BIBLIOGRAFIA RECOMANADA

1. Comitè de Bioètica de Catalunya. La persona menor en l'àmbit de la salut [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Sistema\\_de\\_salut/CBC/recursos/documents\\_tematica/info8juliol2009.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/info8juliol2009.pdf)
2. Altres Comitè Bioètica: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/comite-de-bioetica-de-catalunya/ambits-tematics/atencio-a-linfant-i-a-ladolescent/>
3. Comb. L'atenció mèdica a la persona menor. <https://www.comb.cat/Upload/Documents/7567.PDF>
4. El nou protocol d'actuació per maltractaments a la infància amplia el seu abast a l'atenció primària [http://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Noticies/nou\\_protocol\\_actuacio\\_maltractaments\\_infancia\\_amplia\\_abast\\_atencio\\_primaria](http://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Noticies/nou_protocol_actuacio_maltractaments_infancia_amplia_abast_atencio_primaria)  
<https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/346265/nou-protocol-actuacio-maltractaments-infancia-amplia-abast-atencio-primaria-salut>
5. Díaz Seoane P. Hablemos de duelo en Pediatría. En: AEPap (ed). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p.439-443.
6. El duelo en los niños. Montse Esquerda Aresté. Bioètica&debat. 2015;21(76): 17-21.
7. LLEI 3/2007, de 15 de març, reguladora de la rectificació registral de la menció relativa al sexe de les persones. («BOE» 65, de 16-3-2007.)  
[https://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2007/03/21/pdfs/A01272-01274.pdf](https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2007/03/21/pdfs/A01272-01274.pdf)
8. M.C. de Hoyos López. ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños?. Acta Pediatr Esp. 2015; 73(2):27-32.
9. La transexualidad medicalizada: una mirada ética. Sabel Gabaldón. Bioètica &debat.2016; 22(79):2.
10. Atención psicomédica en la disforia de identidad de genero durante la adolescencia. Isabel Sánchez Lorenzo, Juan José Mora Mesa y Olga Oviedo de Lúcas. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)- 2017;10(2)\_96-103.
11. Devita Singh, Susan J Bradley, Kenneth J Zucker. A follow-up study of boys with gender indentity disorder. Frontiers in Psychiatry. 2021; 12: 1-18. DOI 10.3389/fpsy.2021.632784
12. Comitè de Bioètica de Catalunya. Recomanacions per a l'acompanyament de les persones menors en el procés de cerca de la seva identitat de gènere. Barcelona 2022. [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Sistema\\_de\\_salut/CBC/recursos/documents\\_tematica/recomanacions-acompanyament-persones-menors-identitat-genere.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/recomanacions-acompanyament-persones-menors-identitat-genere.pdf)
13. Col·legi oficial de Psicologia de Catalunya. Jornada: Reflexions sobre la qüestió "trans" a la infància i a l'adolescència. 23/10/2021 <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Jornada+de+col%C2%B7legi+de+psic%C3%B2legs+de+catalunya+2021+q%C3%B3Cesti%C3%B3+trans+a+infancia>
14. Simón, Pablo. El consentimiento informado. Ed Triacastela. Madrid 2000
15. Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. En: Cruceiro A, editor. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999. p.163—76.
16. Agustí AM, Esquerda M. El nen i la mort. Barcelona 2017. Pagès edicions
17. Esquerda M. Hablar de la muerte para vivir y morir mejor. Barcelona 2022. Ed. Alienta.

18. Diversos documents del grup d'ètica que tracten d'aspectes generals que són, en bona part, aplicables als menors (<https://ecamfic.wordpress.com/>):

- Acompanyar fins a la mort.
- L'autonomia, el dret a decidir.
- Ètica de la prevenció: qüestionant vells escenaris.
- Ètiques de la recerca en atenció primària.
- Confidencialitat: el dret a la intimitat.
- Dades clíniques en l'era electrònica.
- La tutorització de residents: la força de l'exemple.

## BIBLIOGRAFIA

1. General Medical Council. 0–18 years: guidance for all doctors (publicada el 2007, actualitzada el 2018).
2. Sobre la competència, veure el document del grup d'ètica: "L'autonomia, el dret a decidir" [http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_541\\_EBLOG\\_1849.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_541_EBLOG_1849.pdf)
3. Textualment diu: "Quan es tracti de menors no incapaços ni incapacitats, però emancipats o amb setze anys complerts, no es pot prestar el consentiment per representació. Tanmateix, en cas d'actuació de greu risc, segons el criteri del facultatiu, els pares han de ser informats i la seva opinió ha de ser tinguda en compte per prendre la decisió corresponent". (article 9.3.c.).
4. El consell de ministres del 17/5/2022 va aprovar un avantprojecte de reforma de la Llei 2/2010 de Salut Sexual i Reproductiva i d'interrupció de l'embaràs que recuperaria que a partir dels 16 anys només calgui el consentiment de la noia. Cal tenir-ho en compte ja que modificarà algunes de les referències que consten en aquest document.
5. Codi vigent des del febrer de 2022. Es pot descarregar a <https://www.ccmc.cat/ca/ccmc/deontologia> o a <https://dogc.gencat.cat/ca/document-del-dogc/index.html?documentId=917693>
6. Per aquesta qüestió i moltes altres és recomanable la lectura del document "La persona menor d'edat en l'àmbit de la salut" del Comitè de Bioètica de Catalunya.
7. Respecte a l'autonomia i la capacitat per a decidir, podeu veure el document del grup d'ètica: "L'autonomia, el dret a decidir" [http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_541\\_EBLOG\\_1849.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_541_EBLOG_1849.pdf)
8. Drane JF. The many faces of competency. Hassting Center Rep. 1985 Posar enllaç.
9. Podeu llegir una explicació extensa sobre aquesta escala i altres propostes a: Simón P. El consentimiento informado. Ed Triacastela. Madrid 2000.
10. Podeu veure els documents del grup d'ètica: "Confidencialitat: el dret a la intimitat" [http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_285\\_EBLOG\\_1862.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_285_EBLOG_1862.pdf) i "Dades clíniques en l'era electrònica" [http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_287\\_EBLOG\\_1858.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_287_EBLOG_1858.pdf)
11. Bauman Z. Modernidad líquida. Buenos Aires, 2003. Fondo de Cultura Económica de Argentina.
12. Mentre es debat aquest document, hi ha sobre la taula dels legisladors una reforma que retornaria a la situació anterior on a partir dels 16 anys, sols caldria el consentiment de la menor.
13. Llei orgànica 11/2015, de 21 de setembre, per reforçar la protecció de les menors i les dones amb capacitat modificada judicialment en la interrupció voluntària de l'embaràs [https://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2015/09/22/pdfs/BOE-A-2015-10141-C.pdf](https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2015/09/22/pdfs/BOE-A-2015-10141-C.pdf)
14. LLEI 11/1981, de 13 de maig, de modificació del Codi civil en matèria de filiació, pàtria potestat i règim econòmic del matrimoni. («BOE» 119, de 19-5-1981.) [https://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/1981/12/31/pdfs/A00040-00054.pdf](https://www.boe.es/boe_catalan/dias/1981/12/31/pdfs/A00040-00054.pdf)
15. Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència. [https://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222-C.pdf](https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222-C.pdf)
16. Hem publicat un posicionament al blog sobre el tema: Protecció als menors amb disconformitats-dissidències de sexe-gènere: <https://ecamfic.wordpress.com/2022/05/09/proteccion-als-menors-amb-disconformitats-dissidencias-de-sexe-genero/>
17. Accés a la carpeta de salut dels menors per part dels pares: és una bona notícia? <https://ecamfic.wordpress.com/2018/10/29/acces-a-la-carpeta-de-salut-dels-menors-per-part-dels-pares-es-una-bona-noticia/>

18. Per aprofundir en el tema, es pot consultar el document del grup d'ètica: "La tutorització de residents, la força de l'exemple" [http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM\\_6594.pdf](http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_6594.pdf)
19. Per aprofundir en el tema, es pot consultar el document del grup d'ètica: "Ètica en la recerca en atenció primària" [http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_205\\_EBLOG\\_1843.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_205_EBLOG_1843.pdf)
20. Kipper D.L. Ética en la investigación con niños y adolescentes: en busca de normas y directrices virtuosas. Rev. bioét.. 2016; 24 (1): 37-48.
21. Risc mínim seria aquell similar al que pot tenir un nen a la seva vida diària o durant la realització d'un examen físic o un test psicològic rutinari.
22. Assentiment: vol dir que el menor participa significativament a la discussió de la investigació conforme a les seves aptituds. L'assentiment també és un procés, en el que no sol a de tenir en compte la edat del menor, si no també les seves circumstàncies individuals, la experiència de vida, maduresa emocional i psicològica, aptitud intel·lectual i situació familiar. Quant més a prop de la majoria de edat, el seu assentiment a la recerca pot ser èticament equivalent al consentiment.
23. Podeu veure més sobre aspectes ètics de la prevenció al document "Ètica de la prevenció: qüestionant vells escenaris" [http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_1666\\_EBLOG\\_2510.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_1666_EBLOG_2510.pdf)
24. Veieu documents "Confidencialitat, el dret a la intimitat" ([http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_285\\_EBLOG\\_1862.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_285_EBLOG_1862.pdf)) i "Dades clíniques en l'era electrònica" ([http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_287\\_EBLOG\\_1858.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_287_EBLOG_1858.pdf)).
25. A Lleida, s'ha creat un test, el "madurtest", que avalua la maduresa del menor, de forma més ràpida, també, plantejant dilemes ètics: Espejo M, Miquel E, Esquerda M, Pifarré J. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de competencia de Lleida. Med Clin (Barc). 2011;136(1):26-30.

## ANNEX 1. SOBRE L'AVALUACIÓ DE LA COMPETÈNCIA EN EL MENOR

Podem definir la competència com l'aptitud del pacient per comprendre la situació a la qual s'enfronta, els valors que entren en joc, i els diferents cursos d'acció possibles amb les seves conseqüències previsibles, i, posteriorment, prendre, expressar i defensar una decisió que sigui coherent amb la seva escala de valors.

Així com en el cas de l'adult, la competència se li pressuposa, i cal, en tot cas, mostrar que és incompetent, en el cas del menor cal demostrar que és competent.

L'avaluació de la competència en el menor cal que tingui en consideració:

1. Criteris d'avaluació en funció de les facultats mentals que es tenen en compte (capacitats aplicades a la presa de decisions, desenvolupament cognitiu i maduresa).
  - a. Les capacitats aplicades són comprensió, apreciació, raonament, elecció (Appelbaum i Grisso).
  - b. Per valorar la maduresa moral d'un menor, Kohlberg, deixeble de Piaget, defineix la competència o capacitat de judici moral, com la capacitat de prendre decisions i fer judicis basats en principis interns, i, d'actuar segons aquests principis. Ell proposa, per avaluar la maduresa moral, una eina que és una entrevista semiestructurada que planteja dilemes ètics<sup>25</sup>.
2. Tipus de decisió a prendre, en relació al seu desenvolupament. Destaca l'Escala de mòbil de Drane, que fa referència a la proporcionalitat de la decisió. Com més difícil és la decisió, més competència es demana.
3. Context:
  - a. Del menor (dolor, tractament que altera el nivell de consciència, pressió externa del grup o família, estat emocional: estrès, por, depressió, malaltia crònica, pensament màgic de l'adolescent).
  - b. De la família i cultura (afectivitat dins la família, suport familiar, "rol" del menor dins la cultura a la qual pertany).
  - c. De la situació (context d'urgències, relació esporàdica o de confiança, pressió assistencial).