

VALORACIÓN DE LOS ARTÍCULOS 33 Y 59 DEL CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA DE LOS MÉDICOS DE CATALUÑA (2005), ANULADOS JUDICIALMENTE

VALUATION OF THE ARTICLES 33 AND 59, IN THE CODE OF DEONTOLOGY OF DOCTORS IN CATALONIA (2005), JUDICIALLY ANNULLED

Eliseo Collazo Chao

Ilustre Colegio Oficial de Médicos

Ronda de los Tejares, 32-4º

14001-Córdoba

Tfnos.: 957474301 – 957478785

Fax: 957479353

ecollazo@comcordoba.com

Resumen

A finales del año 2004 el Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Cataluña (España) aprobó su Código de Deontología. Los artículos 33 y 59 fueron entonces recurridos judicialmente por más de un centenar de médicos de Cataluña; en la actualidad dichos artículos han sido anulados por sentencia judicial. En este trabajo se intenta realizar una valoración estatutaria, ética y deontológica de los artículos anulados.

Palabras clave: aborto, autonomía, menor, deontología médica.

Abstract

At the end of the year 2004, the Autonomous Conseil of the Medical School in Catalonia (Spain) approved its Deontology Code. The articles 33 and 59 were then judicially resorted by more than one hundred doctors in Catalonia; nowadays those articles themselves have been annulled by judicial sentence. This research aims to accomplish a valuation —ethical and deontological— of the annulled articles, according to the statutes.

Key words: abort, autonomy, children, medical deontology.

1. Hechos

Diversas alarmas sociales han facilitado que el tema de los abortos ilegales en Barcelona y la autonomía de los menores saltara a los medios de comunicación nacionales y extranjeros.

El Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) difunde desde su web¹ el Código de Deontología de los Médicos de Cataluña (2005) del cual los artículos 33 y 59 fueron suspendidos cautelarmente por el juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 12 hace más de dos años², a instancias de un recurso interpuesto por la Dra. Dolores Voltas Baró y 111 médicos más, y han sido anulados por una reciente sentencia judicial. Previamente, 435 médicos colegiados de las cuatro provincias catalanas habían presentado dos recursos de reposición, ante el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, para que se retiraran esos artículos del Código.

1 El Código puede leerse en catalán en http://www.comb.cat/cat/comb/normativa/codi_deontologic/codi_final.pdf

2 Suspensión cautelar de 16 de septiembre de 2005, Juzgado Contencioso Administrativo nº 12 de Barcelona, Juez Eduardo Patricio i Rallo

Los artículos judicialmente anulados manifiestan:

— «Artículo 33: *El médico en caso de tratar un paciente menor de edad y cuando lo considere con las suficientes condiciones de madurez habrá de respetar la confidencialidad hacia los padres o tutores y hacer prevalecer la voluntad del menor.*»

— «Artículo 59: *El médico no practicará nunca interrupción del embarazo o esterilización sin el consentimiento libre y explícito del paciente, dado después de una información correcta, en especial cuando éste sea menor pero con capacidad para comprender aquello en que consiente. Cuando no haya esta capacidad, hará falta el consentimiento de las personas vinculadas responsables.*»

Según la sentencia³, los artículos causan daños irreparables y ordena al Colegio de Médicos de Barcelona que adopte las medidas necesarias para informar a los colegiados sobre la misma. Igualmente especifica que:

— «*No se pueden practicar abortos a las menores de edad no emancipadas sin el con-*

3 Sentencia de septiembre de 2007, Juzgado Contencioso Administrativo nº 12 de Barcelona, Juez Eduardo Patricio i Rallo.

sentimiento de sus padres, de igual manera que no se les puede impedir a éstos ejercer bien la patria potestad en el caso de asistencia a los hijos a su cargo, ya sea por intoxicación ética o por estupefacientes o por un diagnóstico de enfermedad con repercusiones vitales».

— «Los menores tienen indudablemente derecho a la información y a la intimidad, pero estos derechos no excluyen de entrada la patria potestad; hay que admitir que una norma colegial que permite negar la información a los padres no resulta admisible sin una cobertura legal expresa. Por tanto, la norma es plenamente aceptable en aquello que se refiere al deber de informar al menor, pero no en aquello que impone la confidencialidad a los padres o tutores».

— «El planteamiento del artículo 33 resulta excesivamente genérico respecto al régimen legal del consentimiento; para comenzar, el Código Deontológico dispone el desplazamiento del consentimiento al menor sobre la base de un juicio de madurez del mismo, mientras que las leyes se refieren al concepto de comprensión intelectual y emocional». Sobre el artículo 59 afirma taxativamente: «No sigue el planteamiento de la ley 41/2002, ya que impone en todo caso el consentimiento del menor».

Los Artículos anulados permitían, por ejemplo, que si la menor tenía entre 16 y 18 años y quería abortar, sólo se avisara a los padres si fuese necesario para atender mejor a la menor, y que si la menor madura (de 16 a 18 años) no quiere abortar, pero el médico decide que hay embarazo con peligro urgente para la salud (criterio amplio y difuso) se practicara el aborto; si no hubiera urgencia, el médico abortista podría

pedir autorización judicial para abortar, incluso si la chica no quisiera.

La Junta de Gobierno del COMB hizo un comunicado el 29 de septiembre del 2005 avisando a los colegiados que seguir sus normas 33 y 59 podía llevar a responsabilidades penales o civiles.

2. Antecedentes legislativos y estatutarios

Los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial (Artículo 64) tipifican como falta grave los actos y omisiones que atenten a la moral, decoro, dignidad, prestigio y honorabilidad de la profesión. Explicitan que son fines fundamentales de la Organización Médica Colegial (Artículo 3.2), y de los Colegios Provinciales dentro de su ámbito (Artículo 33), la salvaguardia y observancia de los principios deontológicos y ético-sociales de la profesión médica y de su dignidad y prestigio.

El Convenio⁴ para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, que entró en vigor en España en el año 2000, indica que «Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto

4 <http://www.filosofia.org/cod/c1997ast.htm>

más determinante en función de su edad y su grado de madurez» (Artículo 6.2).

El Código Civil establece que «Los hijos no emancipados están bajo la potestad de sus progenitores. La patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos (...) Los padres podrán en el ejercicio de su potestad recabar el auxilio de la autoridad» (Artículo 154), y que «Los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados. (...) Se exceptúan los actos 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» (Artículo 162).

La Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica especifica varias actuaciones.

Artículo 5.2: *El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.*

Artículo 9.3: *Se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni moralmente de comprender el alcance de la intervención. (...) El consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación grave de riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será*

tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

Artículo 9.4: La interrupción voluntaria del embarazo, ensayos clínicos y técnicas de reproducción asistida se rigen por lo establecido sobre la mayoría de edad y por disposiciones especiales de aplicación.

3. Aspectos ético-deontológicos

En las IV Jornadas de Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos, celebradas en Zaragoza en mayo de 2005, se concluyó que los problemas que se plantean en la relación con los menores de edad, y en particular en aquellos casos que se oponen a la información a los padres, así como la solicitud voluntaria de ciertas terapias, hace necesario una guía de criterios éticos de actuación, y una regulación de la objeción de conciencia.

En el II Seminario de Deontología Médica⁵ destinado a miembros de Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos, celebrado en 2002, se trató de la necesaria unidad deontológica de la colegiación, ya que el Código Deontológico tiene un matiz de unión moral entre los profesionales; parte de un compromiso con los pacientes y con nuestra profesión. La unidad de la deontología médica le dará más fuerza y solidez a favor de los fines de la propia medicina, comenzando por el respeto y protección efectiva de los derechos de los enfermos y para la base de confianza mutua de nuestro ejercicio.

5 <http://www.cgcom.es/deonto/documentos.htm>

Los Códigos de Deontología incluyen aquellas normas éticas que todo médico debe seguir para ejercer su profesión de manera ética, es decir, no ser sólo un buen médico, sino también un médico bueno. Cuanto más amplio el alcance del Código menos concreto puede ser, es decir, su nivel ético será menos comprometedor. Así sucede con los Códigos Internacionales, que dan los principios básicos, sin bajar excesivamente a los aspectos más concretos. El nivel ético de un Código Autonómico debe ser, pues, más exigente que el Código Estatal; de lo contrario, estaría vulnerando la deontología de nivel estatal.

El Código Internacional de Ética Médica⁶ explicita que «El medico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana» y «El medico debe respetar los derechos del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias de los pacientes».

El Manual de Ética del American College of Physicians (cuarta edición)⁷ especifica que «Si un paciente menor de edad solicita el aborto, consejo sobre métodos anticonceptivos o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual sin el conocimiento de uno de los padres, es aconsejable que el médico intente convencer al paciente sobre los beneficios de que sus padres participen, pero se debe ser consciente de que pudiera existir un conflicto entre el deber legal de mantener la confidencialidad y la obligación hacia los padres o tutores legales. La información no debe proporcionarse a otros sin el permiso

del paciente. En tales casos, el médico debe guiarse por su conciencia según lo que dispongan las leyes.»

El Manual de Ética de la Asociación Médica Mundial⁸ aclara que los menores de edad, los enfermos mentales graves y los pacientes inconscientes no pueden dar su consentimiento para participar como sujetos en una investigación, y que sólo pueden tomar parte en ella bajo estrictas condiciones.

El Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial (1999)⁹ señala en el apartado sexto del artículo 10 que «La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez». También señala que «si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional».

Según los dos artículos anulados es de obligado cumplimiento para el médico hacer todo lo que quiera el menor maduro y sin informar a sus padres, siendo que las leyes básicas –Código Civil, Código de Familia de Cataluña, Ley de Autonomía del Paciente– indican que hay que informar a los padres y, también, pedirles consentimiento. A nivel médico, es evidente la necesidad de proporcionar información y de respetar la confidencialidad del me-

6 <http://www.wma.net/s/policy/c8.htm>

7 Ann Intern Med 1998; 128: 576-594

8 http://www.cgcom.org/internacional/europa_dia/2006/187_amm.htm

9 <http://www.cgcom.es/pdf/Codigo.pdf>

nor maduro, pero es igualmente evidente la importancia de que éste realice una comunicación adecuada e involucre a sus padres^{10,11,12}. Una cosa es que el menor maduro tenga capacidad de comprender y opinar, y que el médico deba tener en cuenta su opinión, y otra muy diferente es que se le permita atentar contra su propia salud y contra la de terceros (ya sea física, psíquica o moral). La ciencia muestra que el ser humano nunca está encerrado en sí mismo; siempre conlleva una alteridad y se encuentra desde su origen en interacción con otros seres humanos.

4. Discusión

El concepto de «menor maduro» no implica la total eliminación de la intervención de los padres como garantes de su salud, además de que el médico ha de cumplir con la obligación de información y obtención de consentimiento previo. Es necesario ajustar este concepto a lo que dispone la legalidad vigente y permitir la actuación del «menor maduro» conforme se prevé en el ordenamiento jurídico. Actuar como defensor del menor no significa ser cómplice del menor en actuaciones de grave riesgo para su salud futura y para su vida.

10 Diaz A, Neal WP, Nucci AT, Ludmer P, Bitterman J, Edwards S. «Legal and ethical issues facing adolescent health care professionals», *Mt Sinai J Med.* 2004; 71 (3): 181-5.

11 Adams KE. Mandatory parental notification: the importance of confidential health care for adolescents. *J Am Med Womens Assoc* 2004; 59 (2): 87-90.

12 Pérez-Cárceles MD, 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.

La autonomía, consecuencia de la libertad, implica una responsabilidad íntimamente adherida, que el ser humano adquiere lentamente y tras importantes esfuerzos, por lo que difícilmente puede suponersele al menor, aunque se halle emancipado, y mucho menos si, como sucede en la sociedad actual, no ha sido entrenado adecuadamente en el binomio esfuerzo-beneficio. La práctica clínica evidencia la importancia de la confidencialidad para promocionar el cuidado de la salud por parte de niños y adolescentes, especialmente en terrenos delicados como salud mental, sexualidad y uso de drogas; la condición necesaria para ello es que se obre en el mejor interés del paciente¹³. Además, el principio de autonomía no es absoluto; debe equilibrarse con los de beneficencia, no maleficencia y justicia (éste es especialmente violado cuando no se informa a los padres en determinadas situaciones). Es evidente que si los padres no son requeridos no pueden velar para que la información que reciban los menores sea veraz y completa, ni pueden pedir una segunda opinión médica, ni pueden actuar en caso de consumo de estupefacientes o sustancias psicotropas, ni en general pueden velar por sus hijos.

El ser humano ha de buscar en todos sus actos no sólo un bien, sino el bien verdadero (cualquier gestor tiene claro que actuar de otra forma es malgastar recursos); es justo allí donde se manifiesta

13 Sanci LA, Sawyer SM, Kang MS, Haller DM, Patton GC. Confidential health care for adolescents: reconciling clinical evidence with family values. *Med J Aust.* 2005; 183 (8): 410-4.

el vínculo de la libertad con la verdad. En el momento en el que la ciencia ha alcanzado extraordinarios avances en el conocimiento del ser humano y de su ámbito, hay quien se empeña en circunscribir totalmente la identidad del ser humano y de encerrarle en el saber que podemos tener. Es necesaria una investigación antropológica que desenvuelva la esencia propia del hombre, pues una ciencia temporal sin más no puede explicar quién es el hombre, de dónde viene o adónde va.

Tan esenciales son a la conducta humana la libertad y la responsabilidad de las propias acciones, que la sola concordancia con la ley no es suficiente para revestir a esa acción humana de toda su plenitud ética. La madurez y responsabilidad de los juicios humanos se demuestran no con la liberación de la conciencia de la verdad objetiva, a favor de una presunta autonomía de las propias decisiones, sino al contrario, como una apremiante búsqueda de la verdad, dejándose guiar por ella en el obrar. Otro modo de obrar condena al malestar con uno mismo y a una felicidad puramente ficticia y efímera. El hombre especifica algo que va más allá de lo que se puede ver o de lo que se puede percibir por la experiencia; postergar la pregunta sobre el ser humano lleva forzosamente a negar la búsqueda de la verdad objetiva sobre el ser en su integridad y a la ineficacia para reconocer el arranque sobre el que se apoya la dignidad del ser humano. Para evaluar la madurez del menor es imprescindible tener en cuenta sus características personales, la gravedad del tratamiento

propuesto, los factores familiares y cierto tipo de restricciones¹⁴.

Cada ser humano ha de descubrir la experiencia de su personal autonomía, con lo que eso supone de azar, de tanteo y, en ocasiones, de incertidumbre. No somos fruto del azar, ni de un conjunto de circunstancias, ni de determinismos, ni de interacciones fisicoquímicas; somos seres que gozamos de una libertad que, teniendo en cuenta nuestra naturaleza, la trascendemos. Cuanto más libre y deliberada es una acción, mayor es la responsabilidad de quien la realiza u omite respecto a las consecuencias que se derivan, buscadas o no, personales y sociales; por eso, cuando falta una actitud responsable, ya sea por falta de capacidad o por no hacer uso de ella, como puede suceder en el menor maduro, tampoco puede reclamarse la autonomía y es una clara señal de que carece de ella. En este sentido, el artículo 9.3 de la Ley 41/2002 indica que «*se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni moralmente de comprender el alcance de la intervención*», concretando a continuación que «*cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación*», por lo que no es lícito dar por válido el consentimiento de un menor con dieciséis años cumplidos si no se da la condición general: capacidad intelectual y moral.

14 Sanci LA, Sawyer SM, Kang MS, Haller DM, Patton GC. Confidential health care for adolescents: reconciling clinical evidence with family values. *Med J Aust.* 2005; 183 (8): 410-4.

En el mismo orden de cosas, pero en el lado de la ejecución de la acción, está la idea de que el estimable deseo de lealtad a las órdenes de un superior jerárquico exige –en el sujeto que debe obedecer– distinguir entre la legalidad y la legitimidad del mandato recibido; no todo mandato formalmente legal o ajustado equivale a un mandato realmente lícito; la legalidad supone que un mandamiento procede de quien puede darlo, según las normativas vigentes dentro de una sociedad o un grupo determinados, pero nada revela sobre la adecuación de fondo a criterios de justicia, verdad y bien.

El Artículo 33 excluye la obligación legal del médico de informar a los padres en caso de actuaciones de grave riesgo para la salud de los menores. El Artículo 59 excluye las obligaciones legales del médico de informar a los padres o tutores en caso de aborto y esterilización de menores, así como de obtener su consentimiento previo, por lo que excluye la intervención de los padres o tutores, en situaciones en que la legislación impone esta intervención, lo que supone un daño a su función y a sus responsabilidades. El aspecto reprochable de estos dos artículos no es que apliquen la autonomía del «menor maduro», sino que quita a los padres y tutores la posibilidad de ejercer unas obligaciones éticas que, además, están contempladas legalmente^{15, 16}. Pre-

cisamente, las excepciones que justifican la rotura del secreto profesional, también desde el punto de vista deontológico, son su necesidad para la protección de la salud del paciente o para la de terceros, lo cual es aún más perentorio en el caso de menores.

El aborto es una intervención negativa y ninguna mujer la desea, puesto que el derecho de la mujer a su integridad física y psíquica está por encima de su libertad de elección; desgraciadamente, el reconocimiento de esta verdad suele ser tardío. Para intentar paliar esta carencia de experiencia, el aborto sigue siendo un delito como asevera el artículo 145 del Código Penal vigente: «*el que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la Ley, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años*».

Cuestión diferente es que la mujer embarazada se sienta en determinadas circunstancias acosada por problemas para continuar con el embarazo sin ver otra solución que el aborto; pero el que no encuentre solución no significa que no exista. Es necesaria más ayuda del Estado para las mujeres con carencia de apoyo social para seguir con su embarazo, porque el instinto les lleva a no matar a ese hijo si tuvieran otras alternativas; las presiones

15 Real Decreto 2409/1986 de 21 de noviembre, sobre Centros Sanitarios Acreditados y Dictámenes Preceptivos para la Práctica Legal de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, artículo 4.

16 Ley 42/1988 de 28 de diciembre, artículos 2 y 4 sobre Donación y Utilización de Embriones y

Fetos Humanos, y de sus Células, Tejidos y Órganos. Se exige para donantes menores de edad no emancipados el consentimiento de sus representantes legales, además del suyo propio.

para abortar menoscaban el grado de libertad para llevar a término el embarazo. Es clamorosa la ausencia de una verdadera tutela judicial que oriente a la menor, le escuche y autorice ese aborto, como está previsto en el Código Penal en los casos de esterilización de un incapaz.

En Cataluña se han producido, según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁷, 16905 interrupciones voluntarias del embarazo en el 2005, el 96.40% por «riesgo para salud de la madre». Teniendo en cuenta lo inaudito que resulta que haya habido en un año tantos miles de mujeres «en riesgo», parece lógico sospechar que se está produciendo algún tipo de fraude. De esas 16.905 mujeres, 191 tenían menos de 16 años, y 1293 tenían entre 16 y 18 años. Es trascendental seguir las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño de la ONU¹⁸ para conocer en qué medida se produce en nuestro país la explotación sexual de menores y adolescentes con el fin de valorar si se debe a ello parte de los abortos en menores de edad. El médico siempre ha sido considerado guardián de la vida y de la salud, y deberíamos serlo también de la libertad, para que no derive en un mal uso de penosas consecuencias sobre la salud.

Es muy frecuente que las menores aborten por miedo; se da por supuesto, equivocadamente y hasta de forma provocada, que los padres no están

dispuestos a ayudar a sus hijas en su embarazo; la falta de información rompe la comunicación y el apoyo entre padres e hija, dificultando aún más la situación. Las situaciones de desinformación de los padres o tutores afectan a derechos de gran trascendencia con una posibilidad de reparación difícil; no se puede subsanar un aborto después de que el médico lo haya practicado y es difícil afrontar el síndrome post-aborto.

Los artículos 33 y 59, sobre autonomía del menor, del Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, actualmente anulados, pueden suponer un riesgo grave para los pacientes menores de edad, por ejemplo a) el menor en tratamiento psiquiátrico que, por el deber de confidencialidad recogido en dicho Código, el psiquiatra que lo atiende no informa a los padres de un posible riesgo de suicidio; b) menores que acuden a urgencias hospitalarias por coma etílico o con intoxicación por consumo de drogas y que salen de allí con un informe en la mano pero sin que nadie avise a sus padres; c) niñas que piden la píldora del día después en Atención Primaria –incluso antes de necesitarla– sin que nadie informe a sus padres; d) menores con embarazos no deseados que no informan a sus progenitores o tutores legales y que, por tanto, no cuentan con su apoyo, decidan lo que decidan.

Es de una frecuencia alarmante en los casos de mujeres que abortan, especialmente en las menores de edad, el que no exista consentimiento informado válido previo, obligatorio con todo detalle por Ley 41/2002. El artículo 23 del Código

17 http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/IVE_2005.pdf

18 Comité de los Derechos del Niño. Documento CRC/C/OPSC/ESP/1, de 17 de octubre de 2006.

de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España indica que «*El médico es un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionada estatutariamente*»; sin embargo, la escasa o nula información que se da habitualmente a las mujeres que acuden a obtener un aborto, haciendo ostentación de la facilidad con que ese médico burla la ley, tiene el aspecto de una inducción al delito; por otro lado, la ausencia de la adecuada información invalida el consentimiento y constituye mala praxis. Deontológicamente es una falta grave, pues equivale a un acto que atenta a la moral, al decoro, dignidad, prestigio y honorabilidad de la profesión. La sentencia dictada entra también en este aspecto al manifestar que «*vale decir en este sentido (se refiere a que el adolescente queda en manos del médico sin la garantía de que la decisión se tomará con la información adecuada) que la profesión médica evoluciona muy rápidamente y en este momento la progresiva proletarización de una parte significativa de la profesión, la irrupción en el ámbito sanitario de organizaciones que se mueven en el marco de una ética estrictamente empresarial y competitiva o la falta de relación sostenida entre médicos y pacientes, son fenómenos que permiten dudar sobre la capacidad del facultativo de valorar la madurez del menor, que ve por vez primera en el servicio de urgencias, en el momento de la consulta o en la intervención*».

Los que provocan el aborto a menores no suelen hablarles de las secuelas psiquiátricas y físicas que, está comprobado cien-

tíficamente¹⁹, puede ocasionar un aborto. En España, se comete una grave injusticia porque, a pesar de que el RD 2409/1986 exige que se ofrezcan otras medidas sociales y alternativas al aborto antes del mismo, las víctimas del aborto denuncian que sólo se ofrece como posible acabar con el embarazo y con su hijo, y si la mujer no tiene medios, se le subvenciona.

La solución a los embarazos no deseados en menores no parece encontrarse en medidas violentas y drásticas (aborto, RU 486, píldora postcoital,...) sino en una educación antropológica adecuada de la sexualidad. El mismo razonamiento es válido para evitar la drogadicción, el alcoholismo, los trastornos de la conducta alimentaria y otros, realizando una educación antropológica pertinente en cada uno de esos campos. Al igual que el adulto, el «menor maduro» disfruta de la confidencialidad y del derecho al tratamiento según sus deseos más que según lo que le conviene²⁰. Una vez más, las medidas de prevención de estos problemas por parte de las autoridades sanitarias han brillado por su ausencia o, cuando han existido, han sido mal enfocadas y condujeron a lamentables fracasos (en el año 2005, el 57% de los embarazos de menores de 18 años terminó en aborto)²¹.

Recibido: 16-12-2007

Aceptado: 30-01-2008

19 Gómez Lavín, C. «Categorización diagnóstica del síndrome postaborto». *Actas Españolas de Psiquiatría* 2005; 33 (4): 267-272.

20 Dickens BM, Cook RJ. Adolescents and consent to treatment. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005; 89 (2): 179-84.

21 http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/IVE_2005.pdf