EDITORIAL

ANTICONCEPCIÓN Y SEXUALIDAD EN EL MENOR MADURO

E. Sanz Álvarez[1], C.R. Rodríguez Fernández Oliva[2]

[1] *Director Master Inter-Universitario de Bioética. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna*
[2] *Master de Bioética, Pediatría Centro de Salud La Cuesta. Tenerife*

Las teorías evolutivas de Piaget y Kohlberg consideran que la madurez y la conciencia moral se adquieren durante el proceso largo de maduración y no aparecen en un momento puntual. Aunque no debe confundirse la madurez moral con la capacidad jurídica, la determinación legal de la madurez tiene importantes repercusiones sociales y legales y la mayoría de edad legal se ha reducido en las últimas décadas.

Esta evolución en la comprensión de la capacidad moral de los niños ha ido conformando la consideración ética del «menor maduro», que reconoce la existencia de determinados derechos en su autodeterminación, en función del nivel de madurez observado. Y este reconocimiento de su capacidad de comprender y evaluar el alcance de sus acciones ha llevado a que, paulatinamente, se reconozca la autonomía en la toma de decisiones de aquellos menores que han alcanzado un adecuado grado de madurez. Sin embargo, la evaluación del grado de madurez personal y moral alcanzado no es una tarea fácil, ni puede realizarse a la ligera. De hecho, mientras los menores se encuentran bajo la patria potestad de sus padres, son éstos los que en principio están más capacitados para evaluarla.

En el ámbito de la salud, la Ley 41/2002 «básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica» ha reconocido explícitamente esta evolución en la madurez de los niños y adolescentes con cambios significativos en la legislación. Así, en el artículo 9 explicita los casos en los que cabe el consentimiento por representación, que es el habitual al menos hasta que el niño ha cumplido los 12 años. Hasta esa edad es conveniente asegurarse de la opinión y la voluntad de los niños; a partir de esa edad, la nueva Ley especifica que «*el consentimiento lo dará el representante legal del menor* (normalmente sus padres) *después de haber escuchado su opinión*». Finalmente la Ley especifica que no cabe el consentimiento por representación (es decir que los padres no pueden tomar decisiones sobre la salud de sus hijos independientemente de estos) si se trata de «*menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos*». Por tanto se establece una nueva «mayoría de edad sanitaria» a los 16 años, salvo para tres supuestos concretos (Art 9.4: La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida, que mantienen la «mayoría de edad» a los 18 años). La Ley, sin embargo, indica que en ese rango de edad (16-18 años) «*en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente*».

Cuando un menor (entre 12 y 16 años) consulta sobre la sexualidad y sus prácticas, el profesional sanitario debe informar y asesorar. No hacerlo, revela una actuación contraria al interés del menor, pues es evidente que la ausencia de medidas preventivas comporta riesgo de embarazo y de con-

Correspondencia:
Emilio Sanz Álvarez
Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna
e-mail: esanz@ull.es

traer enfermedades de transmisión sexual. A pesar de que el profesional dude de la madurez del menor para decidir sobre su propia sexualidad, ante la posibilidad de que mantenga relaciones sexuales, el ofrecimiento de información, la explicación de las implicaciones personales y sanitarias, y la indicación de medidas preventivas resulta indicada. La actuación en este sentido estaría justificada por el interés del menor.

Un menor puede iniciar relaciones sexuales sabiéndolo o ignorándolo sus padres, o incluso en contra de la opinión de éstos. En estos casos, cuando se trata de menores que se encuentran todavía bajo la patria potestad de sus padres, el hecho de revelar esta información a los padres representa un problema ético. Por una parte, si el menor no tiene la certeza de que esta información es estrictamente confidencial, la relación de confianza se puede quebrar, y dejar de solicitar consejo profesional. Por otra, los profesionales se podrían estar arrogando una decisión fundamental sobre los procesos de maduración del menor que no les corresponden estrictamente. Por tanto lo ideal es un proceso de diálogo donde se explique al menor los aspectos sanitarios, y se le anime a discutir estos aspectos, junto con otros más globales de su persona, con los que tienen la responsabilidad de su educación y desarrollo, los padres. En este sentido, garantizando explícitamente la confidencialidad de la consulta efectuada, se podría actuar como mediador, informando a los padres si el menor solicita ayuda para ello. En cualquier caso deberá informar a los padres, advirtiendo de ello previamente al menor, en el caso de existencia de peligros concretos y graves para la salud o la vida del menor o de terceros directamente derivados de la forma en que lleva a efecto esas prácticas sexuales.

La anticoncepción postcoital de emergencia (llamada píldora del día siguiente) presenta algunas peculiaridades derivadas de su mecanismo doble de acción (inhibidor de la ovulación y anti-implantatorio) y de los efectos secundarios hormonales que puede provocar a corto y medio plazo, sobre todo si se hace un uso repetido de ella dentro de un mismo ciclo o con mucha frecuencia. Ante una niña entre 12 y 16 años que reclama la anticoncepción postcoital en una consulta de urgencia caben dos posturas extremas: el rechazo absoluto a la petición de la joven o acceder directamente a su petición, sin ningún tipo de medida coadyuvante.

En ambos casos las consecuencias que se siguen son delicadas. En el primero un posible embarazo no deseado en una adolescente; en el segundo un ejercicio muy temprano y poco responsable de la sexualidad. Un curso de acción más adecuado es intermedio, y pasa por aprovechar la petición de auxilio de la joven para ayudarla a comprender su sexualidad de modo responsable, utilizando la ocasión para darle una información y educación adecuadas. Se pueden contemplar varias opciones en la práctica: remitirla a un centro de planificación familiar ya que el plazo de administración es de 72 horas; aceptar la demanda de la paciente y aprovechar la ocasión para integrarla en un proceso más amplio de ayuda; o remitirle al médico de familia, que es probablemente el más cualificado para atender la demanda de la paciente, ya que puede conocer con aproximación su grado de madurez y sus circunstancias socio-familiares. Esto le permitiría, además, si la menor consiente y el médico lo considera adecuado, implicar a los padres en este proceso y/o en el seguimiento posterior.

Por parte del médico de familia entran en juego las circunstancias concretas del sistema de valores y creencias del propio profesional. Aunque, desde el punto de vista legal, el Código Penal no parece considerar abuso sexual cuando se mantienen relaciones sexuales consentidas por encima de los trece años, la responsabilidad y las consecuencias de esas acciones no son completamente independientes de los padres hasta que el menor se emancipa (o alcanza los 16 años de edad según la nueva ley). Por tanto, los padres tendrán el derecho legal de actuar contra el profesional que trate, prescriba o induzca la anticoncepción, en una menor de 16 años, o el aborto, en una menor de 18 años, sin su conocimiento. La decisión del médico de prescribir un fármaco u otras medidas similares a una menor sin la información y el consentimiento de los padres respeta el derecho de confidencialidad del menor, pero vulnera el derecho de información de los responsables de la patria potestad y su educación. Ese conflicto es a la vez ético y legal y cada profesional debe sopesar cuidadosamente las implicaciones y consecuencias.

Según el Código de Ética y Deontología Médica el médico está obligado a respetar las convicciones de la paciente, a quien no puede imponer su opinión, y a su vez puede ejercer la objeción de conciencia. Con respecto a la anticoncepción postcoital quien ha de decidir es la mujer cuando es mayor de edad (al menos «sanitaria»), y según los principios del consentimiento informado, tiene derecho a toda la información que exista sobre el tema respetando las posiciones políticas, ideológicas o religiosas. Por lo tanto es obligación del médico hacerle llegar desde su posición más técnica, toda esta información a la mujer. Sin embargo, en el caso de las menores no emancipadas no se puede obviar sin más el derecho de los padres a participar en decisiones tan importantes relacionadas con la educación y la salud de sus hijas.

Se podría resumir en este aspecto de la asistencia al menor, que dada la complejidad del tema, cada colectivo implicado –padres, educadores, personal sanitario y Administración Pública en general– deben asumir sus responsabilidades y deberes, y que son necesarias una cooperación y una información adecuadas, evitando decisiones unilaterales o sesgadas.