

La persona
menor d'edat
en l'àmbit de
la salut



I. PART GENERAL	5
1. A manera d'introducció	5
2. Consideracions bioètiques	7
2.1 El principi d'autonomia	8
2.2 La confidencialitat	10
2.3 La vulnerabilitat	10
3. El marc legal	11
3.1 Els drets de la persona menor en l'àmbit sanitari	12
3.1.1 El dret a la intimitat i a la confidencialitat	12
3.1.2 El dret a la informació i al consentiment	14
4. La competència en l'adolescència	21
4.1 Criteris per a la valoració de la competència de l'adolescent	21
5. Situacions a tenir en compte en l'atenció al menor	25
5.1 Quan el menor no té la maduresa o la capacitat natural suficients per a un tractament o una intervenció mèdica	25
5.2 Quan el menor d'edat té la maduresa o la capacitat suficients per a un tractament o una intervenció mèdica	26
5.3 Els adolescents de setze o més anys	27
5.4 Situacions respecte a la informació	29
5.5 Beneficis de la comunicació amb els pares	32

II. ALGUNS ASPECTES CONCRETES	33
6. L'entrevista clínica amb menors	33
6.1 Resoldre el motiu inicial de consulta	33
6.2 Construir una bona relació amb l'adolescent	35
7. Alguns àmbits concrets de l'atenció a l'adolescent	37
7.1 La consulta d'Atenció Primària	37
7.2 L'acollida dels adolescents	38
7.3 L'àmbit de la consulta	39
7.4 La consulta a un Servei d'Urgències	39
7.5 La consulta i l'ingrés hospitalari	40
8. L'educació per a la salut	43
8.1 La prevenció del risc	45
8.2 El Programa Salut i Escola	46
9. La salut sexual i l'afectivitat	49
9.1 La salut sexual a l'adolescència	49
9.2 La demanda d'anticoncepció d'urgència	51
10. El menor i altres àmbits d'interès	55
10.1 El menor i la recerca biomèdica	55
10.2 Les intervencions estètiques	56
10.3 Els tatuatges i els pírcing	56
10.4 El menor i l'esport	57
Membres del grup de treball sobre la persona menor en l'àmbit de la salut	59
Bibliografia	62

I. PART GENERAL

1. A manera d'introducció

En l'atenció sanitària a les persones menors davant d'un mateix problema de salut es poden observar comportaments diferents, en part com a conseqüència de les possibilitats que ofereix la tècnica, però sobretot perquè hi ha concepcions o maneres diferents d'entendre la vida. Maneres totes elles que tenen cabuda i es poden expressar en l'ordenament jurídic vigent, però que generen dubtes i inquietud tant en els professionals que han d'atendre els menors com en els pares o els mateixos menors.

L'aplicació dels principis, normes, drets i deures que estableixen les lleis, exigeix ponderar els factors que concorren en un acte o situació concrets. La maduresa o la capacitat personal del menor, el seu estat emocional, l'edat, la reversibilitat o irreversibilitat de l'actuació, la gravetat o el risc que comporta l'acte, ens ajudaran a buscar la solució més òptima, més beneficiosa, menys lesiva i més respectuosa. Perquè el menor, com l'adult, és subjecte de drets i respecte en l'àmbit de la salut i l'atenció sanitària, i encara que estigui immers en un procés de maduració, va adquirint progressivament capacitat per decidir per si mateix.

Els pares o tutors tenen una gran responsabilitat, i un deure, en afavorir aquest creixement personal. Aquest deure comporta la responsabilitat de decidir pel menor quan aquest no és capaç de fer-ho per si mateix, i també comporta la responsabilitat de procurar tenir en compte l'opinió del fill i, fins i tot, promoure que vagi decidint de manera autònoma, tot respectant les seves decisions.

Els professionals sanitaris també tenen el deure, ètic i legal, de respectar els menors d'una manera equilibrada, donant prioritat a l'opinió del menor

competent i tenint en compte el respecte a l'opinió dels pares, o tutors, sempre que sigui necessària i convenient per al menor.

Ens podem trobar amb menors que ja han madurat i desitgen compartir les seves decisions amb els pares. Molts menys seran els casos en què haurèm de respectar l'opinió d'un menor que considerem madur per decidir per si mateix i que no vol compartir la informació sobre la seva salut amb els seus pares o tutors. La tasca dels professionals sanitaris serà ajudar-lo a decidir en el seu benefici i intentar facilitar la comunicació amb els pares o tutors, sempre que aquesta no sigui negativa per al menor.

Per això els objectius d'aquest informe són:

- Oferir als professionals sanitaris uns elements de reflexió i unes recomanacions per a la pràctica d'una atenció respectuosa amb la voluntat del menor, compatible amb el seu grau de maduresa i la potestat parental o dels tutors, que es basi i fonamenti en la confiança mútua i la responsabilitat compartida.
- Fomentar el diàleg fluid entre menors, pares i professionals sanitaris, per tal d'afavorir el creixement en aquesta confiança i que ha de permetre la millora en el procés de la presa de decisions.
- Promoure i facilitar el respecte a la persona menor i als seus drets i deures mitjançant la correcta aplicació, per part dels professionals sanitaris, de les corresponents previsions normatives, regles deontològiques i principis ètics.

2. Consideracions bioètiques

La bioètica en l'estudi i la reflexió, a la llum dels valors i els principis morals, de la conducta humana, i especialment l'atenció a la salut, pot ajudar a triar la que pensem que és la millor opció a prendre en benefici del menor, tot argumentant les raons de la nostra decisió perquè les persones implicades puguin comprendre-la i compartir-la, i si més no, respectar-la.

Aquests principis consensuats per la bioètica americana, a partir de l'Informe Belmont ^[9] i posteriorment ampliat per Beauchamp i Childress ^[10], s'han fet indispensables en la reflexió d'aquesta pràctica bioètica. Es tracta dels principis de no maleficència i del de beneficència, que ja figuren en la deontologia mèdica clàssica, i els d'autonomia i justícia provinents de l'ètica filosòfica i de la tradició judeocristiana.

El principi de no maleficència designa l'obligació de no fer mal a l'altre (*primum non nocere*) ni per acció ni per omissió. És a dir, s'ha de procurar que la relació entre el risc i el benefici sigui l'adequada, d'acord no solament amb els criteris de possibilitats mèdiques sinó també amb els valors, els desitjos i les creences del pacient. El principi de beneficència implica que s'ha de fer el bé, però entenent que aquest no es pot imposar i que cal tenir el consentiment de qui rebrà el nostre suposat bé. El principi de justícia exigeix tractar tothom amb la mateixa consideració i respecte i obliga a distribuir equitativament els recursos disponibles. Finalment, el principi d'autonomia fa referència a la capacitat de l'ésser humà de prendre, lliurement i de manera responsable, les seves decisions.

[9] Informe Belmont. Principis ètics i orientacions per a la protecció d'éssers humans en l'experimentació. Comissió nacional per a la protecció d'éssers humans de l'experimentació biomèdica i de la conducta. EUA, 30 de setembre de 1978.

[10] Beauchamp i Childress van incorporar posteriorment el principi de no maleficència.

Possiblement sigui el principi d'autonomia el que representa una superació més important de l'ètica mèdica clàssica, la del jurament hipocràtic que entén el metge com a governat del cos dels seus pacients i que no es qüestiona les seves creences, ni les preferències, ni les opinions. Però aquesta superació del paternalisme i l'exercici de la llibertat personal no vol dir una relació contractual freda, sinó una relació que ha d'incloure una certa implicació i una raonable persuasió del professional per ajudar a triar la millor opció, sobretot en el cas del menor, en què la capacitat de fet o la competència personal per comprendre l'abast d'una decisió pot variar molt .

A partir d'aquests quatre principis que no són absoluts i que admeten excepcions, la bioètica vol fomentar el debat de manera racional i responsable, sempre tenint en compte el context de la situació. Això és important en el cas del menor, en què s'han de tenir presents altres aspectes o principis com el de la vulnerabilitat, que ja recull la Declaració de Barcelona ^[11], segons el qual entenem com a vulnerables les persones que poden veure amenaçada la seva autonomia, dignitat o integritat i que, per això, han de rebre una ajuda especial per poder adonar-se del seu potencial. O, també, el principi del dret a la privacitat i a la confidencialitat que també recull la Declaració de bioètica de la UNESCO ^[12], recordant però que el respecte a la confidencialitat al qual estan sotmesos els professionals sanitaris no vol dir que el menor vulgui sempre ocultar la informació als seus pares ni que no es pugui intentar modificar la seva opinió d'una manera raonable, si es considera que informar als pares pot ésser beneficiós per a la seva salut.

Més enllà del principalisme, o d'altres mètodes d'anàlisi com la causídica o l'ètica narrativa, la bioètica ens aporta unes eines de treball fonamentals: la deliberació i el diàleg. La bioètica permet ponderar els factors que intervenen en un acte o situació concreta, la maduresa o la capacitat del menor en qüestió, la reversibilitat o irreversibilitat, el risc que comporta, etc., i ens ajuda a buscar la solució òptima o la menys lesiva. Aquesta deliberació i aquest diàleg ens permetran explorar allò que és més valuós, estimat o desitjat per a cadascú, el menor i els pares, i sospesar els pros i els contres de les diferents opcions.

[11] Declaració de Barcelona sobre principis ètics bàsics en bioètica i biodret. Novembre de 1998.

[4] *Declaració universal sobre bioètica i drets humans*. UNESCO, 19 d'octubre de 2005.

2.1 El principi d'autonomia

Entenem per *autonomia* la capacitat de decidir per un mateix i assumir la responsabilitat moral de les pròpies decisions. **El professional de la salut** pot ajudar lleialment (és a dir, sense arribar a la coacció) a que el pacient prengui la millor decisió i ho ha de fer conscient que com més autònoma sigui una persona, major capacitat tindrà d'actuar positivament sobre la seva salut. Però respectar, permetre i promoure l'autonomia dels menors en l'àmbit sanitari no vol dir:

- **Deixar-los desemparats.** L'obligació dels professionals sanitaris és treballar pel bé del pacient, en aquest cas un menor. Tot i respectar la seva autonomia, mai no podem renunciar a donar-li tota la informació necessària, de manera clara, entenedora i adequada al seu nivell de comprensió; a assegurar-nos que el menor entengui aquesta informació i sigui capaç d'assumir-la i, fins i tot, ajudar-lo a prendre la millor decisió per al seu propi benefici.
- **Oblidar els pares** en el procés de salut i malaltia del menor. La situació especial del menor precisarà sovint del suport extern de persones adultes. Quan sigui així, la nostra obligació serà treballar amb els menors per aconseguir que comparteixin (si cal a través nostre) els seus problemes o les seves decisions amb qui ells desitgin (en general els pares). En aquest terreny ens caldrà també saber-los orientar i conduir.
- **Obligar-los a decidir**, fins i tot si no ho desitgen o no s'hi veuen amb cor. Sovint les persones, i més en situació de feblesa per malaltia, no es veuen capaces d'assumir tota la informació ni de prendre una decisió. En aquest cas, i encara més tractant-se d'un menor, ens caldrà ser prudents amb la informació a donar (la necessària i cap més) i en ajudar a prendre la decisió (o fins i tot decidir per ell, si ens ho demana). En aquest sentit, i amb el consentiment del menor, serà molt important la participació de les persones adultes que li mereixin més confiança.
- **Fer-los cas a «ulls clucs»** quan la seva decisió està limitada per altres factors. La competència és una qualitat no permanent; es pot tenir avui i no demà, per a un tema determinat. L'angoixa per la malaltia o la mateixa malaltia en el cas, per exemple, dels problemes mentals

o addiccions, pot inhabilitar el menor per decidir autònomament. En aquests casos caldrà que algú altre decideixi pel menor.

- **Negar-se a ajudar-los** si decideixen quelcom en contra de la nostra opinió. Que un menor no vulgui fer cas del nostre consell mèdic no ens permet abandonar-lo. Tenim sempre el deure d'atendre'l.

2.2 La confidencialitat

Del principi ètic de l'autonomia de la persona es deriva el deure de confidencialitat: els éssers autònoms poden decidir per si mateixos quina informació volen o no compartir amb els altres.

La confidencialitat, però, no és sols una obligació ètica, deontològica i legal dels professionals de la salut, sinó també una eina imprescindible per fer bé la seva feina. Sense el respecte a la confidencialitat no hi ha confiança, i sense confiança el professional sanitari difícilment podrà desenvolupar la seva tasca.

L'autonomia, i el dret a la confidencialitat que se'n deriva, tenen limitacions quan la persona no és competent per prendre una decisió o es pot provocar un mal a un tercer. Caldrà ser molt curosos en les situacions de risc greu per a la salut i tenir en compte les limitacions legals.

2.3 La vulnerabilitat

Hem de tenir també present la major vulnerabilitat en què es troba el menor, que fa que la seva autonomia estigui més amenaçada i que, per tant, hagi de rebre una ajuda especial per adonar-se del seu potencial.

Des del punt de vista ètic, la mesura de com actuar davant d'un menor no ens la dóna simplement l'edat, sinó el seu grau de competència per prendre una decisió i la seva capacitat per comprendre i decidir sobre la situació en què es troba.

3. El marc legal

El marc legal general és el mateix per a totes les persones. Però, com en altres àmbits, en la salut existeixen regulacions específiques i condicions d'exercici, relatives a la capacitat o la maduresa, l'edat i l'abast de la potestat parental, fins que s'arriba a la *majoria d'edat sanitària*, la qual, llevat d'alguna excepció, s'estableix als setze anys.

De manera progressiva, l'ordenament jurídic va reflectint, des de fa anys, una concepció dels menors com a subjectes actius, participatius i creatius, amb capacitat per modificar el seu propi àmbit personal i social en la recerca i satisfacció de les seves necessitats.

La **Llei Orgànica 1/1996**, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor, estableix que, d'acord amb els coneixements científics actuals, no existeix una diferència rellevant entre les necessitats de protecció i les necessitats relacionades amb l'autonomia de la persona. La millor manera de garantir socialment i jurídicament la protecció del menor és promoure que vagi adquirint progressivament el control de la seva situació personal i de la seva projecció de futur.

Però cal ponderar adequadament els principis jurídics a cada situació, ja que la capacitat d'obrar depèn de la importància de l'acte, del risc i de les seves conseqüències.

D'altra banda, els pares són titulars de la potestat parental, que s'ha d'exercir sempre en benefici dels fills i ajudant al desenvolupament de la seva personalitat. Han de vetllar pel menor, alimentar-lo, tenir-lo en la seva companyia, educar-lo i procurar-li una formació integral. Els fills han de

col·laborar en aquestes tasques en la mesura de les seves possibilitats, i en benefici propi i de la família.

3.1 Els drets de la persona menor en l'àmbit sanitari

La **Llei 21/2000** del Parlament de Catalunya, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica; i la seva homòloga a nivell estatal, la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, relacionen diferents drets.

3.1.1 El dret a la intimitat i a la confidencialitat

Totes les persones tenen dret a que es respecti la confidencialitat de la informació i les dades que fan referència a la seva salut. Amb caràcter general, el deure de confidencialitat també ha de presidir les relacions dels professionals sanitaris amb el menor capaç o madur, però no té el caràcter absolut respecte als pares o tutors.

Per tant, el professional sanitari, a més de tenir en compte les previsions legals respecte a l'edat, també ha de valorar la situació, la informació concreta i el risc que assumeix la persona menor, entre altres circumstàncies.

I si considera que té la capacitat i la maduresa suficients respecte d'una intervenció o tractament en l'àmbit de la salut i no vol que se n'informi els pares i tutors, el professional ha de prioritzar el deure de respecte a la seva voluntat i mantenir la confidencialitat, excepte quan:

1. La situació mèdica representi un risc real per a un tercer si no l'informen de la situació. El professional sanitari tractarà de persuadir el pacient de la necessitat d'informar el tercer i, si no ho aconsegueix, ho farà ell mateix. Els criteris a tenir en compte per no mantenir la confidencialitat, en cas de risc de danys a tercers, són:
 - la gravetat del dany;

- la probabilitat que s'esdevingui;
 - la possibilitat d'identificar les víctimes potencials;
 - la seva imminència;
 - la probabilitat que una comunicació o intervenció pugui disminuir-ne el risc i la gravetat; i
 - si el mateix pacient és l'agent del dany.
2. Hi hagi un greu risc per a la salut o la vida del menor. Llavors els pares en seran informats i la seva opinió es tindrà en compte per a la presa de la decisió, tot i que el menor ha de donar-hi el consentiment. Per això, encara que el menor tingui maduresa suficient per donar-hi el consentiment, si actua de manera que posi en greu perill la seva salut o en cas que la decisió de no informar els pares o tutors el perjudiqui, el metge els n'haurà d'informar, encara que el menor s'hi hagi oposat.
3. En cas que la persona menor sigui víctima o se sospiti un delicte de maltractament, agressió o abús sexual, ja que és obligació dels professionals assegurar la protecció de la persona menor, evitant el risc de victimització de qualsevol tipus, i comunicar-ho al nucli familiar no abusador, a la Fiscalia de Menors i a la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA).
4. En cas que hi hagi motius de salut pública, perquè la Llei Orgànica 3/1986, de 14 d'abril, en matèria de salut pública, permet adoptar mesures contra la voluntat de les persones:
- per raons sanitàries d'urgència, i
 - per raons de necessitat.

Les mesures que es poden adoptar a l'empara d'aquesta llei són reconeixements sanitaris i tractaments obligatoris, hospitalització obligada, controls sanitaris, vacunacions, etc. Aquestes mesures limitadores del dret fonamental a la llibertat han de ser emprades excepcionalment. Només l'autoritat sanitària les pot dictar, justificant-ne la urgència i la necessitat. Tanmateix, hi ha una opinió força comuna que, quan s'adopten mesures d'aquest tipus, convé acudir al jutge perquè, basant-se en els motius que l'Administració sanitària al·lega, les ratifiqui.

La revelació de la informació necessària s'ha de fer amb discreció exclusivament a qui pertoca (pares, tutors o jutge), quan es preveu un benefici mot probable per al pacient i el silenci comporti un perjudici molt probable per a ell o d'altres. I, en la mesura que sigui possible, ha d'informar-ne la persona menor.

3.1.2 El dret a la informació i al consentiment

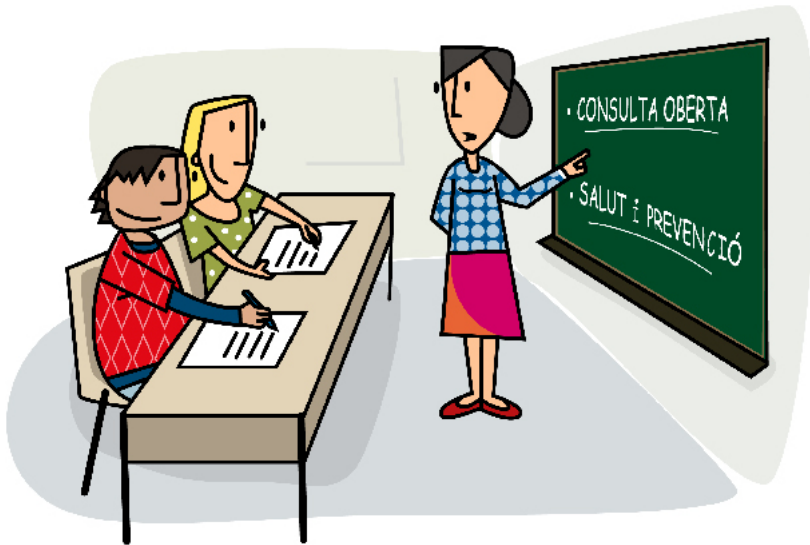
El menor té dret a rebre la informació de manera adequada a les seves necessitats i capacitat de comprensió. Només d'aquesta manera podrà participar en el procés de presa de decisions. Encara que la decisió final no li pertoqui, la seva opinió s'ha de tenir en compte. A més, aquesta informació també contribueix a la seva educació sobre la salut.

La informació s'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments del menor, per ajudar-lo a prendre decisions autònomament. Aquesta ha d'abastar tot el que tingui relació amb la intervenció o l'actuació en l'àmbit de la salut i, per tant, ha de comprendre, com a mínim, la finalitat, la seva naturalesa, els riscos i les conseqüències.

Com l'adult, el menor pot renunciar a rebre informació i quan, segons el criteri del metge que l'atén, no tingui capacitat per entendre-la a causa del seu estat físic o psíquic, i consideri que el desconeixement de la situació per part dels pares el pot perjudicar, els n'informarà.

Un cop s'ha rebut la informació per part del metge o l'equip assistencial, el pacient ha de donar el consentiment amb caràcter previ a la realització de qualsevol actuació. Aquest consentiment serà, per regla general, verbal i escrit quan la transcendència de l'acte o la llei ho requereixi.

El consentiment de persones de més de setze anys per a una intervenció o tractament prestat de manera plena, lliure i conscient, és vàlid i suficient llevat de les intervencions o els tractaments que puguin comportar un risc greu per a la vida o la salut.



En els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, assaigs clínics, tècniques de reproducció humana assistida, donació d'òrgans i voluntats anticipades, cal atènyer-se al que estableix la legislació general o específica, si n'hi ha, per donar-hi el consentiment.

En cas d'actuació de greu risc, segons el criteri del facultatiu, els pares en podran ser informats i la seva opinió es tindrà en compte per a la presa de decisions. El professional sanitari també pot considerar que la persona de setze anys o més no té capacitat o maduresa suficients en relació amb una intervenció o tractament, ja sigui per incapacitat, addicció o dependència.

- Per sota dels setze anys, si el menor és capaç intel·lectualment i emocionalment de comprendre la informació, l'abast de la intervenció i avaluar-ne els riscos i les conseqüències, llavors es pot considerar madur per consentir una intervenció o tractament. Si el professional sanitari considera, de manera raonada, que no té la maduresa suficient per a una intervenció o tractament, es requereix que ho posi en coneixement dels seus pares o tutors perquè hi donin el consentiment.

- En el cas de persones de dotze o més anys, el consentiment dels pares o els representants legals s'ha de donar després d'haver escoltat l'opinió de la persona menor.
- En general, es presumeix que la persona de menys de dotze anys no té capacitat o maduresa suficients.
- Quan es tracti de menors de setze anys emancipats, o amb setze o més anys i que no siguin incapaços ni incapacitats, el menor haurà de donar personalment el seu consentiment.

Tots dos progenitors han de donar el consentiment, tret que un d'ells actuï amb el consentiment de l'altre, o en els casos de necessitat urgent o en situacions en què socialment s'accepti que actuï qualsevol dels dos individualment.

En cas que es produeixi divergència i l'opinió dels pares sigui contrària a la voluntat expressada pel fill, el professional sanitari pot demanar l'assessorament del Comitè d'Ètica Assistencial de la seva institució i, si fos necessari, hauria de demanar la corresponent autorització al jutge, d'acord amb els criteris mèdics i clínics, que l'autoritzi a actuar immediatament i no només en cas de situació límit.

Quan en una situació de risc immediat greu per a la integritat física o psíquica de la persona menor no és possible aconseguir l'autorització dels pares, els metges hauran de decidir conforme a criteris del millor interès per al menor.

En els casos de substitució de la voluntat de l'afectat, la decisió ha de ser objectiva, la més adequada a les circumstàncies i proporcional a les necessitats que s'hagin d'atendre. Ha de ser en benefici de la persona menor, s'ha de respectar la seva dignitat i s'ha de protegir el seu interès. I, sempre que sigui possible, el menor ha d'intervenir en la presa de decisions.

Els deures de la persona menor en l'àmbit de la salut

El menor també té deures respecte a la seva salut. Exigir i educar en aquests deures contribueix a la seva maduració.

- Tenir cura de la seva salut i de ser-ne responsable, d'acord amb la seva edat i nivell de capacitat o maduresa.
- Adoptar conductes i hàbits saludables, i fer cas dels consells de salut dels seus pares o tutors.
- Conèixer aquells hàbits i factors més rellevants que incideixen en la seva salut i els que comporten un risc.
- Participar en les qüestions i decisions que afecten la seva salut i col·laborar amb els pares o tutors en les actuacions que siguin en el seu benefici.
- Respectar i complir les mesures de salut pública.

Els drets i els deures dels pares o tutors envers els menors

La **Llei 9/1998**, de 15 de juliol, del Codi de família regula els deures dels fills, la representació legal i les seves excepcions ^[9].

L'article 155 del Codi de família exclou de la potestat parental la representació legal pel que fa als actes relatius als drets de la personalitat del menor que el fill, d'acord amb les lleis, l'edat i les seves condicions de maduresa pugui realitzar per sí mateix; però no nega la funció tutelar dels pares de vetllar i tenir cura de la persona menor, fins que assoleixi els divuit anys.

Per tant, en el cas dels menors, l'abast de l'exercici dels seus drets pot veure's modulats per la potestat parental dels pares en els casos en què sigui necessari completar la seva capacitat i, especialment, pel deure dels pares o tutors de vetllar i tenir cura de les persones menors. Sobretot quan el menor es troba en una situació de risc per a la seva vida o salut.

És a dir, la potestat parental exercida en benefici dels seus fills es concreta en el deure de tenir cura de la seva salut.

[9] En els articles 133, 143, 144 i 155, que es refereixen, respectivament, als drets i deures dels pares.

El deure de guardar secret del professional sanitari

La situació més habitual és que el menor que té capacitat per donar el consentiment informat permeti, expressament o tàcitament, que s'informi els seus pares o tutors, de manera que la comunicació es doni amb naturalitat.

Però pot passar que el menor amb prou capacitat natural per consentir el tractament o la intervenció s'oposi expressament a què es comuniqui la seva situació mèdica als seus pares o tutors, exigint-ne la confidencialitat.

En aquests casos el professional hauria de tendir a respectar cada vegada més la voluntat de la persona menor, no sense intentar, si considera que és beneficiós, promoure i ajudar-lo a que comparteixi la decisió amb els pares o tutors.

Atenent les circumstàncies de cada situació clínica –nivell de risc, de gravetat, d'urgència, possibilitat de manteniment de la relació assistencial i de seguiment, etc.–, és recomanable explicar a la persona menor la conveniència d'informar-ne els pares i mares o representants legals per tal que participin en el procés i la puguin ajudar, valorar la possibilitat d'ajornar la informació als pares i mares o representants legals fins a comptar amb la conformitat o assentiment de la persona menor, i acordar amb la persona menor la manera de comunicar-ho.

Ara bé, en determinats casos, com la reiteració de petició d'assistència després d'actuacions inadequades, com ara intoxicacions etíliques, consum reiterat d'altres substàncies, incompliment del tractament d'una malaltia crònica, etc., que posen en dubte la suposada maduresa del menor, és necessari que aquesta confidencialitat decaigui i cal que se n'informi els pares.

La confluència del dret a la intimitat i a la confidencialitat del menor i la potestat dels pares

Ja s'ha dit que el dret a la intimitat i a la confidencialitat en els menors no té un caràcter absolut respecte als pares i tutors. Segons es desprèn de

la Sentència TC 141/2000, de 29 de maig de 2000 ^[10], el consentiment informat no és un acte personalíssim, d'aquells que ningú no pot realitzar en substitució de la persona. Així, en cas que la persona menor no tingui la capacitat o maduresa suficients, aquest consentiment s'ha de completar o substituir amb el consentiment dels pares o els representants legals.

Però les limitacions a l'exercici dels drets del menor s'han d'interpretar de la manera més favorable perquè el menor pugui exercir els drets per sí mateix.

S'haurà d'informar els pares o tutors quan el menor ho consenti expressament o tàcitament, quan no tingui prou maduresa per decidir sobre els tractaments o les intervencions mèdiques o quan, tenint-la, es trobi en una situació de greu risc per a la seva vida o salut, o si la decisió de no informar-los el perjudica.

Caldrà tenir en compte les circumstàncies de cada cas. Atenent els principis del millor interès per al menor, l'exercici de la potestat parental o de la tutela pot quedar en suspens quan el professional sanitari consideri que la relació de confiança amb el menor i la seva participació en el procés de presa de decisions pot comportar un benefici, de manera que mantingui temporalment la confidencialitat d'acord amb aquesta finalitat. En cap cas aquesta consideració és aplicable als maltractaments, els delictes o les agressions.

El menor ha de poder accedir als serveis sanitaris amb la confiança que se l'ajudarà, atindrà i respectarà. La confidencialitat pot ésser una condició necessària, especialment quan la persona menor demana ajut. Els pares o tutors han de poder confiar en els professionals sanitaris. Si no s'aconsegueix aquest marc de confiança entre els menors, els pares o tutors i els professionals, es corre el risc que les persones menors no tornin a buscar l'ajut sanitari, ni el dels pares o tutors. Això pot incentivar que els menors busquin la solució del seu problema en àmbits extrasanitaris, ja sigui en els amics o en establiments no professionals, productes i serveis oferts en el mercat, sense cap tipus de control ni garantia. Aquesta situació seria contrària a la mateixa

[10] «Los menores de edad son titulares plenos de sus derechos fundamentales, sin que el ejercicio de los mismos y la facultad de disponer sobre ellos se abandonen por entero a lo que al respecto puedan decidir aquellos que tengan atribuida su guarda y custodia o su patria potestad, cuya incidencia sobre el disfrute del menor de sus derechos fundamentales se modulará en función de la madurez del niño y los distintos estadios en que la legislación gradúa su capacidad de obrar.»

finalitat de la potestat parental o de la tutela, ja que implicaria lesionar el dret a la salut de les persones i les condicions d'equitat en l'accés a la salut.

Per tant, l'exercici del dret d'accés als serveis de salut per part del menor no pot veure's limitat per una interpretació restrictiva del deure de la confidencialitat; però tampoc per una interpretació excessiva de l'abast del deure d'informar els pares o tutors. L'adequada ponderació dels diferents principis i drets en joc permetrà al professional prendre la decisió més encertada.

Però, si el professional sanitari, havent tractat que el menor intel·lectualment i emocionalment madur comparteixi la informació amb els seus pares, no aconsegueix modificar la voluntat d'aquest de no informar-los, llavors ha de mantenir la confidencialitat, llevat que hi hagi una de les raons assenyalades anteriorment.

En cas que el professional sanitari consideri que la persona menor és madura, és a dir, que té la suficient maduresa o capacitat, tant intel·lectual com emocional, en relació amb una determinada intervenció, i que de manera raonada manifesti la seva voluntat de no informar els pares o tutors, el professional sanitari ha de mantenir la confidencialitat, excepte quan existeixi una causa d'excepció a aquesta.

Hi ha algunes consideracions que el professional ha de valorar a l'hora de mantenir la confidencialitat en cada cas i de manera individualitzada, com ara que:

- el tractament estigui clínicament indicat;
- la manca de tractament sigui perjudicial per a la persona menor;
- el tractament hagi estat sol·licitat lliurement i conscient pel menor;
- el metge consideri la persona menor amb la suficient maduresa per intervenir constructivament en la presa de decisions; i que
- la intervenció dels pares pugui comportar que el menor rebutgi el tractament.

4. La competència en l'adolescència

L'adolescència és el període del desenvolupament humà que s'estén des de l'inici dels primers canvis puberals fins a l'inici de l'edat adulta ^[9]. S'hi produeixen una sèrie de canvis que afecten l'adolescent i els adults. Qui fins ara era un nen, o una nena, ha de renunciar a aquesta condició, amb tot el que comporta de seguretat, protecció i dependència. Els pares també han de renunciar a la visió infantil que tenen del seu fill, amb el que comporta de veure'l irresponsable, immadur, inexpert, etc., i donar-li oportunitats d'experimentació. És difícil dir què costa més: que l'adolescent renunci als seus aspectes infantils o que els adults tolerin la integració de l'adolescent en el seu món.

Els adolescents reclamen, i moltes vegades exigeixen, als pares i als adults que respectin la seva manera de ser i de pensar, de fer i de comportar-se, quan encara són profundament dependents dels seus aspectes infantils i, consegüentment, de la família. Pot ser una etapa de molt sofriment per a ells i per a la seva família. Han de fer front a un canvi en la manera de ser, de pensar, de viure les coses complexes i difícils, que els portarà a situacions de veritable crisi, viscudes de maneres molt diferents.

4.1 Criteris per a la valoració de la competència de l'adolescent

A l'adolescència, l'accés al pensament abstracte permet reflexionar i discutir a partir d'hipòtesis, deduir conseqüències i detectar incoherències en el raonament dels altres. El desenvolupament moral està vinculat al desenvolupament

[9]] L'OMS defineix adolescència com el grup d'edat entre els 10 i 19 anys, i els joves com les persones entre els 15 i 24 anys.

lupament cognitiu, però la capacitat cognitiva no és suficient per garantir el desenvolupament moral, perquè aquest està influenciat per l'entorn familiar i social. Kohlberg (1984), seguint Piaget (1932), va estudiar les etapes del desenvolupament moral i va concloure que hi ha una seqüència i que algunes persones d'entre 12 i 15 anys ja han assolit bons nivells de maduresa moral, si bé d'altres necessiten més temps.

En l'àmbit psicològic, un adolescent es pot considerar madur si mostra un nivell de diferenciació psicològica suficient per:

- reconèixer les opcions personals (saber què vol);
- tenir la capacitat de posar-se en el lloc de l'altre (entendre que els altres poden voler quelcom diferent);
- saber identificar situacions de conflicte (detectar i tenir recursos per tolerar i afrontar el conflicte); i
- mostrar recursos per guiar la seva acció a partir de la reflexió (major tendència a reflexionar que a actuar impulsivament).

Aquestes dades evolutives són fonamentals per al concepte *menor madur*, que en l'àmbit sanitari significa tenir suficient competència i recursos personals per comprendre les alternatives possibles, avaluar les conseqüències de cadascuna d'elles i decidir en situacions que afecten la salut. El reconeixement social de la capacitat per decidir mai no s'ha d'entendre com una obligació per part de la persona menor.

A efectes pràctics, convé diferenciar entre el **procés de maduració** de la persona, en què intervenen factors genètics, psicològics i ambientals i que no és homogeni en totes les àrees del desenvolupament personal, i el **grau de maduresa**, que capacita el menor per exercir la seva autonomia i prendre decisions en una *situació concreta*.

Qualsevol situació problemàtica desvetlla emocions que poden interferir en la comprensió i la presa de decisions. El suport dels pares i la confiança mútua són factors que faciliten la presa de decisions en temes de salut i, alhora, generen aprenentatge per saber actuar amb major autonomia i responsabilitat.

La dificultat per als professionals sorgeix quan la persona menor mostra suficient maduresa per prendre una decisió determinada i els pares no hi estan d'acord, o bé la persona menor no vol que els pares ho sàpiguen. La mediació del professional sanitari serà imprescindible per respectar els drets del menor i els dels pares. En la seva intervenció haurà de:

- assegurar que el menor tingui un grau de maduresa suficient;
- detectar el motiu del conflicte entre el menor i els pares; i
- facilitar-ne la resolució.

En la seva actuació, el professional ha de tenir en compte que:

- L'avaluació de la competència s'ha de referir a una situació concreta, una pràctica de risc, un tractament, una intervenció quirúrgica, etc.
- Les dades per determinar si el menor és competent s'han de recollir en el context sanitari del menor, tenint en compte que, a vegades, hi haurà emocions intenses o criteris d'urgència que poden interferir en el procés.
- Cal disposar de coneixements i habilitats d'entrevista per facilitar al màxim la comunicació, observar si el menor es mostra receptiu, tot recollint indicis verbals i no verbals, i estimulant-lo perquè pugui expressar la seva situació, els seus valors i la responsabilitat davant la seva decisió.
- La **informació** que es faciliti al menor ha de ser veraç, comprensible i adequada als requeriments del pacient.
- Quan el menor no consent de manera explícita una proposta d'intervenció que el professional li formula, no significa que no necessiti ajuda i, per tant, cal valorar si hi ha alternatives factibles i raonables que se li puguin oferir.

Seria molt convenient comptar amb instruments de mesura de la competència, adaptats al nostre entorn, per utilitzar en situacions dubtoses i puntuals; però, malauradament, encara no en disposem. Entre d'altres, podem destacar l'escala mòbil de capacitat de Drane, amb tres nivells i en què el punt de tall personal depèn de la complexitat de la decisió a prendre. Tam-

bé hi ha els criteris d'avaluació de la competència de MacCAT-T, que es reproduïxen a la taula adjunta, o l'Aid to Capacity Evaluation (ACE) de la Universitat de Toronto.

Mentre no disposem d'aquests instruments, en situacions complexes és recomanable l'avaluació de la capacitat per un altre professional, a part del responsable. Tot i això, hi ha quatre aspectes que poden **determinar si el menor és competent** per prendre autònomament una decisió:

- 1 Capacitat per expressar una elecció.
- 2 Capacitat per entendre la informació rellevant de la situació en què es troba abans de prendre cap decisió.
- 3 Capacitat per avaluar el sentit de la informació pel que fa a la seva situació, especialment la malaltia i les conseqüències que cada opció pot tenir en la seva salut i qualitat de vida.
- 4 Capacitat per raonar i desenvolupar un procés lògic en el qual, partint de la informació rebuda, consideri la situació des de la seva realitat i fonamenti la seva decisió, ponderant riscos i beneficis.

Criteri	Subcriteri
Comprensió	1- De la malaltia 2- Del tractament 3- Dels riscos i beneficis
Avaluació	1- De la situació de la malaltia 2- De l'objectiu general del tractament
Raonament	1- Lògic – Seqüencial 2- Lògic – Comparatiu 3- Predictiu (conseqüències de l'elecció)
Elecció	4- Consistència interna del procediment de l'elecció 1- Expressa una decisió

MacCAT-T (Grisso i Appelbaum, 1988)

5. Situacions a tenir en compte en l'atenció al menor

D'acord amb el marc legal, s'ha d'escoltar la persona menor i la seva opinió es prendrà en consideració com un factor que serà determinant en funció de la seva edat i del seu grau de maduresa.

5.1 Quan el menor no té la maduresa o la capacitat natural suficients per a un tractament o una intervenció mèdica

En aquest supòsit, els pares o els representants legals del menor són els qui han de donar el consentiment. Els pares han d'escoltar el menor, ja que és el titular del dret a la informació si té més de dotze anys i també abans, si té prou maduresa per mantenir una conversa coherent sobre el tema, ja que no tenir capacitat per consentir no vol dir que no la tingui per a opinar. S'haurà d'informar el menor sobre la seva situació mèdica en la mesura i la manera en què ho permeti el seu grau de desenvolupament intel·lectual i emocional. És a dir, el menor ha d'intervenir tant com sigui possible en la presa de decisions.

Els pares han d'actuar conforme al millor interès per al menor, coincideixi o no aquest amb les seves conviccions personals ideològiques o religioses. La decisió ha d'ésser la més objectiva i proporcional possible, en benefici del menor. Si no fos així, el professional sanitari s'hauria d'adreçar al jutge per tal que resolgui i decideixi conforme al millor interès objectiu per al menor. Fins i tot, hauria de decidir exclusivament segons criteris mèdics, en els casos en què la necessitat urgent així ho requerís.

5.2 Quan el menor d'edat té la maduresa o la capacitat suficients per a un tractament o una intervenció mèdica

Per sota dels setze anys, i sempre que no s'hagi produït l'emancipació del menor, la llei deixa la porta oberta a l'anàlisi, en cada cas concret, segons el grau de maduresa. Per tant, cal valorar la maduresa d'un menor determinat en relació amb una decisió concreta i, en cas que determinem que és madur, s'ha de respectar la possibilitat que el menor prengui decisions en l'àmbit de la salut. El contrari representaria una vulneració del desenvolupament lliure i progressiu de la seva personalitat. Això comporta, a més de la possibilitat que el menor doni per si mateix el consentiment informat als tractaments i les intervencions mèdiques, la possibilitat que exigeixi també el respecte al seu dret a la intimitat amb la garantia de confidencialitat.

La determinació de la maduresa respecte d'un acte assistencial concret correspon al professional que haurà de comprovar l'aptitud del menor per entendre els riscos i els beneficis del tractament o la intervenció, i la major o menor gravetat d'aquests, ja que no és igual donar el consentiment a l'administració d'una vacuna que a una intervenció a cor obert.

La intervenció dels pares ha d'ésser inversament proporcional a la maduresa del menor: com més capacitat natural, menys intervenció dels pares.

Però, en qualsevol cas, en l'atenció als menors no es pot donar per suposat que no es vol informar als pares o que no es pot intervenir perquè el menor canviï d'actitud si és en benefici seu. El respecte a la confidencialitat a què estan sotmesos els professionals de la salut no vol dir que el professional no pugui intentar modificar l'opinió del menor, d'una manera raonable, si considera que informar als pares pot ésser beneficiós per a la seva salut, i s'han d'entendre exclosos del deure de confidencialitat els casos assenyalats en l'apartat 3.1.1.

La dificultat per als professionals sorgeix quan la persona menor mostra suficient maduresa per prendre una decisió determinada i els pares no hi estan d'acord, o bé la persona menor no vol que els pares ho sàpiguen.

La mediació del professional sanitari serà imprescindible per respectar els drets del menor i els dels pares. En la seva intervenció haurà de:

- assegurar que el menor tingui un grau de maduresa suficient;
- detectar el motiu de conflicte entre el menor i els pares; i
- facilitar-ne la resolució.

5.3 Els adolescents de setze o més anys

Els setze anys, i l'emancipació per matrimoni abans d'aquesta edat, constitueixen un criteri legal objectiu de determinació de la maduresa. Es presumeix que el menor té capacitat per decidir sobre la seva salut per ell mateix i, per tant, no es requereix el consentiment per representació dels pares o dels tutors, tret que:

- l'estat físic o psíquic no li permeti fer-se càrrec de la seva situació;
- hi hagi incapacitació legal;
- el pacient menor d'edat no sigui capaç, intel·lectualment ni emocionalment, de comprendre l'abast de la intervenció; i
- el facultatiu determini una situació de risc greu.

Si el professional responsable de l'assistència considera que, des d'un punt de vista clínic, la persona menor presenta una manca de capacitat per prendre decisions, ja sigui per immaduresa, addicció o dependència, o bé hi ha un risc important per a la vida o la salut inherent a una determinada intervenció, llavors té l'obligació d'informar-ne als pares per tal que la seva opinió es tingui en compte en la presa de decisions.

Cada cas s'ha de valorar individualment, però també pot ésser d'ajuda tenir en compte quin és el millor interès per al menor. Per això, és convenient considerar:

- la perspectiva de l'adolescent, sempre que la pugui expressar;
- la perspectiva dels pares;

- la perspectiva d'altres persones properes a l'adolescent;
- les creences religioses, culturals o d'altres tipus i els valors de l'adolescent i dels pares;
- la perspectiva d'altres professionals de l'assistència sanitària implicats en l'atenció sanitària de l'adolescent, i d'altres professionals que tenen interès en el seu benestar; i
- quina elecció, si n'hi ha més d'una, limitarà menys les futures opcions de l'adolescent.

El pes de cada punt dependrà de les circumstàncies i s'ha de considerar qualsevol altra informació pertinent. No hauríem de fer suposicions injustificades sobre els millors interessos d'un adolescent basant-nos en factors irrelevantes o discriminatoris, com el seu comportament, l'aspecte o una discapacitat.

El professional de la salut valorarà la situació i tractarà d'ajudar els pares o tutors a acomplir millor la seva responsabilitat.

També s'ha de tenir present que la legislació actual no reconeix a capacitat per decidir als setze anys i l'ajorna fins a la majoria d'edat (divuit anys) en els casos de:

- interrupció voluntària de l'embaràs,
- participació en assaigs clínics,
- tècniques de reproducció assistida,
- donació d'òrgans, i
- atorgament de les voluntats anticipades.

En la nostra opinió, el marc normatiu d'aplicació en aquestes situacions particulars s'hauria d'adequar al criteri general de presumpció de capacitat a partir dels setze anys.

5.4 Situacions respecte a la informació

El que hem dit en els dos apartats anteriors, en referència a la capacitat per prendre decisions autònomament, ens val aquí pel que fa a la informació. Quan considerem que un menor té la maduresa suficient per prendre una decisió sense el consentiment dels pares, considerarem també que el menor és titular de la informació i, per tant, el primer destinatari d'aquesta.

Quan considerem que un menor és competent per decidir en aquella situació, hauríem de facilitar-li la informació pertinent i esperar que determini si la comparteix amb els pares. En la majoria de situacions serà convenient ajudar el menor a compartir-la.

En el nostre entorn és freqüent amagar la informació a pacients adults plenament competents en cas de malalties amb evolució desfavorable (per exemple, càncer o malalties neurodegeneratives); sovint parlem primer amb els familiars. De manera similar actuem amb els menors, ni que siguin considerats madurs. Aquesta és una pràctica que hauríem d'anar revisant i modificant amb la deguda prudència; el menor que considerem madur, igual que l'adult, hauria de ser sempre el primer dipositari de la seva informació. En aquest sentit, serà també tasca del professional ajudar els pares a entendre la importància del coneixement de la realitat (adaptat a la seva maduresa) per part del menor.

Molts pares, sobretot davant la sospita de malalties greus i d'evolució desfavorable, demanen:

- a) Que no s'informi adequadament el menor, amb el desig comprensible d'evitar-li el patiment que provoca assumir un diagnòstic d'aquesta naturalesa.

Una bona informació obre el diàleg i la participació del pacient i, en la majoria dels casos, representa un benefici per a l'adolescent malalt. A més, un cop assimilat el diagnòstic, el menor afronta amb menys angoixa els tractaments habitualment agressius i adquireix la fortalesa necessària que dóna el coneixement de la realitat. Un cop fet el diagnòstic, és una bona pràctica mèdica deixar-hi un temps prudencial, per tal que els

pares assimilin la nova situació i, tot seguit, ajudar a que es garanteixi l'aplicació del dret d'informació a l'adolescent. Com l'adult, el menor madur és el titular del dret a la informació i, per tant, l'eventual vulneració del seu dret a ser informat s'ha de justificar sobre la base de l'existència d'un estat de necessitat o d'un possible benefici terapèutic. Per això és important fomentar un procés deliberatiu previ entre els pares i els metges, en el qual és molt convenient fugir de postures extremes.

- b) Que els pares prenguin la decisió i, per tant, siguin ells mateixos els qui informin el seu fill malalt sobre les possibilitats de tractament.

Això és així quan el menor no té capacitat per comprendre allò que ha de decidir. Però, quan el menor té la maduresa suficient, cal considerar la seva opinió, sobretot quan es tracta de decisions de fort impacte emocional. Els pares decidiran en cas que el fill no tingui prou maduresa, però caldrà informar-lo atenent les seves circumstàncies personals i considerant la seva opinió.

- c) Que prevalgui l'opinió dels pares quan hi hagi discrepàncies respecte a la presa de decisions entre els pares o vinculats responsables i el menor amb capacitat o maduresa.

Afortunadament, aquesta situació és excepcional. D'altra banda, presenta moltes dificultats, ja que segons la legislació vigent:

- els menors de dotze anys no poden decidir sols i, per tant, haurem d'informar els pares i escoltar, sempre que sigui possible, l'opinió del menor;
- haurem de valorar el grau de maduresa dels menors d'entre 12 i 16 anys, i actuar en conseqüència; i
- a partir dels setze anys, el menor serà tractat com si fos major d'edat, però escoltarem l'opinió dels pares, sempre que el menor no s'hi oposi.

En general, acabarem donant la informació al menor madur i als pares, tot procurant que la interacció entre ambdós sigui favorable per al menor i l'ajuda a determinar el que és millor per a ell.

En el cas excepcional que el menor madur, a qui hem considerat competent, no vulgui que s'informi els pares, haurem d'actuar en benefici seu:

- Respectarem la seva voluntat si creiem que no implica cap problema per a una adequada decisió per part seva.
- Respectarem sempre la seva decisió si considerem que la participació dels pares podria ser malèfica.
- Procurarem ajudar-lo a compartir la informació amb els pares si creiem que en aquest cas li seria d'ajut per afrontar millor el problema.

Si hi apareixen discrepàncies, l'equip de tractament haurà de fer prevaler l'opinió del menor considerat com a madur, fins i tot pel que fa a la confidencialitat respecte dels pares o tutors. És molt convenient en aquestes situacions demanar l'ajut d'un Comitè d'ètica assistencial.



5.5 Beneficis de la comunicació amb els pares

En cas que el menor sigui reticent a comunicar la situació als seus pares, el professional sanitari ha d'intentar modificar aquesta opinió raonablement, si considera que informar als pares pot ésser beneficiós per a la salut del menor o si la participació dels pares en el tractament o la seva intervenció en el procés educatiu en matèria de salut resulta beneficiosa.

Fins i tot, pot arribar a ésser necessari trencar el deure de confidencialitat, perquè el coneixement de la situació del menor per part dels pares comportarà un benefici per al menor quant a orientació, suport emocional i coresponsabilització en la presa de decisions.

Quan s'hagi constatat que la intervenció dels pares, lluny d'ésser positiva per a l'evolució del menor, representa una inestabilitat emocional a causa d'una actitud intransigent o intolerant, o per comportaments violents, llavors quedarà justificat que no s'informi els pares.



II. ALGUNS ASPECTES CONCRETES

En els apartats següents es comenten alguns aspectes concrets dels quals es recullen consideracions generals. Una exposició més aprofundida requeriria un tractament específic que no és l'objecte d'aquest informe.

6. L'entrevista clínica amb menors

La majoria dels menors que consulten es troben dintre dels paràmetres «habituals». Malgrat tot, cada jove és diferent i sovint ens haurem d'adaptar a la realitat del pacient que tenim davant i al motiu de consulta. Sempre hi ha entrevistes especialment complicades, però la majoria dels menors entrarà a la consulta per motius banals i hi haurem d'indagar sobre aquells hàbits i aspectes relacionals que poden ser importants.

A continuació es descriuen els objectius de l'entrevista clínica amb l'adolescent.

6.1 Resoldre el motiu inicial de consulta

El jove s'adreça a la consulta amb una demanda concreta. Pot ser un problema físic, un malestar psicològic o la necessitat d'algun document burocràtic (carnets de vacunes, certificats esportius, etc.), és a dir, amb una petició d'ajuda. És important que dediquem uns moments a reflexionar sobre com aportar-li el major benefici, per tal que el motiu de consulta quedi resolt quan acabi l'entrevista. Si nosaltres no l'hi hem de resoldre, li procurarem la informació suficient i adequada perquè trobi la solució a la seva demanda.

Per exemple:

1. Consulta per febre: el professional ha d'explorar el pacient, fer el diagnòstic i donar-li un tractament. Si no ho fa així, encara que el curi amb pastilles, el jove pensarà «fixa't, ni m'ha mirat!» Les explicacions sobre

el procés sempre han de ser senzilles i entenedores, implicant el jove en la presa de decisions i acabant la consulta amb un «vols preguntar res més? tens algun dubte?»

2. Consulta per malestar psicològic davant d'un trencament de parella: no serveixen les apreciacions del tipus «no et preocupis, això són bajanades de la joventut. En tres dies se't passarà!» Això fa que el noi o la noia pensí que el professional no valora el seu patiment i dóna les mateixes respostes que als seus pares. Cal escoltar-lo activament i desdramatitzar la situació que viu el jove, en un clima d'empatia que pugui ser percebut per aquest i que l'ajudi a confiar en les possibles vies d'actuació.
3. *Noia de 14 anys i 8 mesos, atesa a pediatria i que consulta fent una demanda d'anticoncepció d'urgència per una relació amb trencament de preservatiu.*

Aquesta pot ser una decisió difícil, però el punt de partida de la solució ha de ser evitar el mal major d'un embaràs adolescent i, després, analitzar amb la noia què ha passat realment. Si neguem el tractament a aquesta jove o, en l'altre extrem, donem l'anticonceptiu d'urgència sense una reflexió posterior, estarem realitzant una assistència sense tenir en compte el major benefici per a la persona atesa. En l'apartat 8.2 es detallen alguns criteris a tenir en compte.

Una característica diferencial de les demandes de consulta dels menors és el fet que aquests poden venir acompanyats pels pares o fins i tot «arrossegats» per ells. L'actitud inicial d'aquest jove a la consulta serà de rebuig si ell no volia venir; més endavant veurem com aconseguir una relació assistencial de confiança en aquests casos. Amb tot, també haurérem de determinar molt bé quina és la demanda que fan els pares i donar-hi resposta.

4. *Mare que porta el fill de 16 anys perquè és un desendreçat, ha començat a fumar i es relaciona amb uns companys que a ella no li agraden.*

Començarem l'entrevista descarregant les preocupacions de la mare i, quan aquesta ens hagi explicat tot allò que l'ha portada a demanar visita, ens centrarem en l'atenció al jove en un àmbit que respecti la privacitat.

6.2 Construir una bona relació amb l'adolescent

El primer que hem de fer quan visitem un adolescent, com amb qualsevol altre pacient, és presentar-nos. Els joves tenen pocs contactes amb l'àmbit sanitari i cal que, un cop acabada la visita, sàpiguen qui els ha atès. El moment de la presentació és ideal també per clarificar les bases de l'entrevista clínica: privacitat i confidencialitat.

Garantir la intimitat és la premissa per visitar un jove si volem aprofundir en temes de prevenció i parlar amb ell amb confiança. Amb els acompanyants davant no sabem si aquest jove ens explicarà realment el que li està succeint. Abans de demanar als acompanyants que s'esperin fora, és important escoltar tot el que aquests volen explicar al professional. Tampoc no és correcte forçar un adolescent que se sent incòmode a quedar-se a soles amb el professional. No oblidem que cada visita i cada adolescent tindrà les seves pròpies característiques.

Els professionals de la salut tenen por que, en demanar als pares que abandonin la consulta, aquests es molestin i reivindiquin el seu dret a ser-hi presents. Normalment no hi ha cap dificultat, si l'acompanyant ha explicat tot el que volia, l'entrevista es fa amb un caràcter empàtic envers tothom i es dóna el fet de la privacitat com habitual (tal com hauria de ser realment).

Una fórmula que pot servir és:

«Entenc, pel que m'ha explicat, que vostè està amoïnada per la conducta del seu fill. Si no m'ha de dir res més, i el seu fill no té cap inconvenient, li prego que s'esperï fora per poder comentar tot això i completar el seu historial. Normalment ho faig així en aquestes edats.»

La confidencialitat és l'altre eix de l'entrevista. Creiem especialment important que aquesta quedi explicitada, sinó els joves i els pares poden pensar que el que es parla a la consulta, en un àmbit de privacitat, després pot ésser explicat.

En l'apartat 3 s'expliquen quins són els límits d'aquesta confidencialitat. En el dia a dia assistencial, la major part de les visites no ens presentarà cap dubte sobre si hem d'explicar alguna cosa als pares. Tanmateix, si teniu

aquests dubtes, sempre heu de pensar què serà el millor per a l'adolescent que teniu al davant. Podem valorar que el millor és no explicar res, mantenir el contacte i, més endavant, ajudar a aquell noi perquè ho pugui explicar ell mateix; o, al contrari, podem valorar que allò que ens ha explicat comporta un risc que ha de ser comunicat. És important explicar al noi o a la noia la decisió presa i el motiu sanitari que ens la fa prendre.

Un cop a soles amb el jove, cal que l'entrevista sigui empàtica, no prendre gaires notes davant seu, intentar fer-lo reflexionar sobre temes preventius, adoptar una actitud de no jutjar, no donar per fet que són massa joves, etc.

Alguna vegada podem visitar un menor i creure que els pares estan des-cuidant les cures bàsiques. És la nostra obligació procurar implicar aquests pares i no substituir-los. Les actituds paternalistes no poden ser la base d'una relació sanitària i assistencial.

Els joves han de ser tractats com adults, però cal també estar pendents que les seves necessitats, afectives i socials, en aquesta època de canvi, siguin ateses pels seus pares, els quals són els responsables finals del seu desenvolupament.



7. Alguns àmbits concrets de l'atenció a l'adolescent

Els adolescents normalment gaudeixen de bona salut i, quan consulten, sovint ho fan per una malaltia urgent i de poca importància. Per això, és convenient aprofitar qualsevol contacte amb els serveis sanitaris i aprofundir sobre els possibles riscos als quals, per la seva condició d'adolescents, estan més exposats.

7.1 La consulta d'Atenció Primària

A l'atenció primària les visites poden semblar curtes, però hi ha l'avantatge de la continuïtat assistencial. Qualsevol contacte del jove amb el seu metge o professional de la salut ha de permetre que el menor conegui el funcionament del Centre d'Atenció Primària (CAP) i els professionals que hauran de ser interlocutors vàlids per als temes de salut i els aspectes preventius. Podem aprofitar les primeres visites per comentar-li com funciona el centre i què ha de fer per demanar cita o visitar-se (val la pena que el jove aprengui que la salut comença a ser responsabilitat seva i no només dels seus pares).

Els adolescents tenen dificultats per conèixer el seu metge o pediatre de capçalera. Les seves demandes de consulta tenen caràcter d'urgència i les més freqüents són per malaltia de vies respiratòries altes o traumatismes lleus. A més, per la seva peculiar manera de veure les coses, la resposta ha de ser immediata. Això fa que hi acudeixin sense hora o amb visita urgent.

7.2 L'acollida dels adolescents

En general, millorar l'accés dels pacients als serveis sanitaris passa per evitar les llargues llistes d'espera, les preguntes íntimes sobre el motiu de consulta al taulell, els horaris incompatibles amb l'activitat habitual, la citació telefònica amb dificultats d'accessibilitat, etc. Totes aquestes són dificultats per a aquelles persones com els adolescents, amb un coneixement escàs del funcionament del sistema sanitari i amb poca paciència. El Programa Salut i Escola pot facilitar aquestes cites amb el metge, el pediatre o els espais d'atenció específics per a joves i, a més, pot explicar el cas als professionals que després hagin d'atendre'ls.

A l'hora de fer el seguiment d'un adolescent és important conèixer el seu grau de maduresa i, sens dubte, això és més fàcil des del continu assistencial que ens ofereix l'atenció primària i no pas des d'un servei d'urgències.

És per aquest motiu que l'atenció primària hauria d'intervenir activament en la millora dels primers contactes d'aquests joves amb els professionals sanitaris i també hauria de:

1. sensibilitzar les unitats d'atenció als usuaris, ja que són la primera porta d'entrada;
2. explicar des de la consulta com funciona el centre i presentar-nos com els seus professionals de referència;
3. si l'adolescent o el jove és visitat d'urgències, hauria d'intentar derivar-lo al seu metge de capçalera o pediatre, un cop solucionada la demanda urgent;
4. aprofitar qualsevol contacte per completar la història clínica i intentar detectar i prevenir els possibles riscos en un àmbit de privacitat i sense oblidar que cal remarcar la confidencialitat;
5. crear a la consulta un àmbit d'escolta que permeti la relació assistencial de qualitat;
6. col·laborar amb les entitats i els centres docents de la zona geogràfica amb vista a que els joves coneguin el seu centre de salut de referència; i
7. facilitar la coordinació entre els diferents nivells assistencials (Atenció Primària, Especialitzada) i els diferents serveis i programes al territori (Salut i Escola, ASSIR).

7.3 L'àmbit de la consulta

Tal com s'ha dit anteriorment, el dret a la **confidencialitat** és un dret bàsic en qualsevol acte assistencial, íntimament vinculat al dret a l'autonomia i al dret a la intimitat de la persona. En el cas del jove, de vegades és recomanable que l'hi explicitem, ja que podria no donar informació transcendent per a la seva assistència per por que després aquesta informació es revelés a qui no desitja.

Garantir la **privacitat** és imprescindible quan tractem adolescents, si volem fer un abordatge integral, biològic i psicosocial. Per tractar a la consulta temes preventius de l'àmbit de la sexualitat, el possible consum de drogues legals o il·legals, les dificultats de la relació familiar, etc., és necessari entrevistar els joves a soles. Aquests acudeixen sovint a la consulta acompanyats pel pare o la mare i, sense incomodar ningú, hem de demanar a aquests últims que s'esperin fora de la consulta.

Si el jove que consulta a un centre d'atenció primària se sent ben rebut, escoltat, no jutjat i s'hi dona resposta a les seves necessitats mèdiques, estranyament preferirà acudir a urgències. Malgrat totes les possibles barreres que hem revisat abans, el que més valora el jove és el que hi ha a l'altra banda de la taula de la consulta. Són prou crítics per conèixer la qualitat de l'atenció rebuda i valorar el fet de trobar un professional sanitari de confiança quan calgui.

7.4 La consulta a un servei d'urgències

L'adolescent pot decidir acudir sense els pares o tutors a un servei d'urgències, sigui hospitalari o d'atenció primària, per motius de disponibilitat horària, per una major sensació d'anonimat, perquè no coneix cap altre tipus de servei, perquè viu la situació com una urgència o perquè realment ho és.

Primer de tot, cal tenir present que quan un jove acudeix a un servei d'urgències és per demanar ajuda. Si es considera que no és el recurs sanitari més indicat, cal aprofitar aquests contactes per explicar-li quines altres opcions té per ser atès.

En aquest servei hi trobarà professionals sanitaris amb una important càrrega assistencial i amb la dificultat afegida de destriar entre el que és veritablement urgent i el que no ho és. A més, si el menor consulta sol o acompanyat d'altres menors, caldrà esbrinar si cal o no trucar als pares o tutors.

Aquesta pot ser una decisió difícil, tant en un sentit com en l'altre; en un menor de disset anys, amb una intoxicació etílica important, pot estar indicat avisar els pares amb vista a assegurar-se que arribi sense problemes al seu domicili, però una noia de quinze anys que demana l'anticoncepció d'urgència pot ser prou madura perquè l'atenguin sense cap distinció respecte a una de divuit anys. Per tant, és normal que el professional responsable es pregunti: «Quina és la millor actuació per al pacient? ¿Cal avisar els pares?»

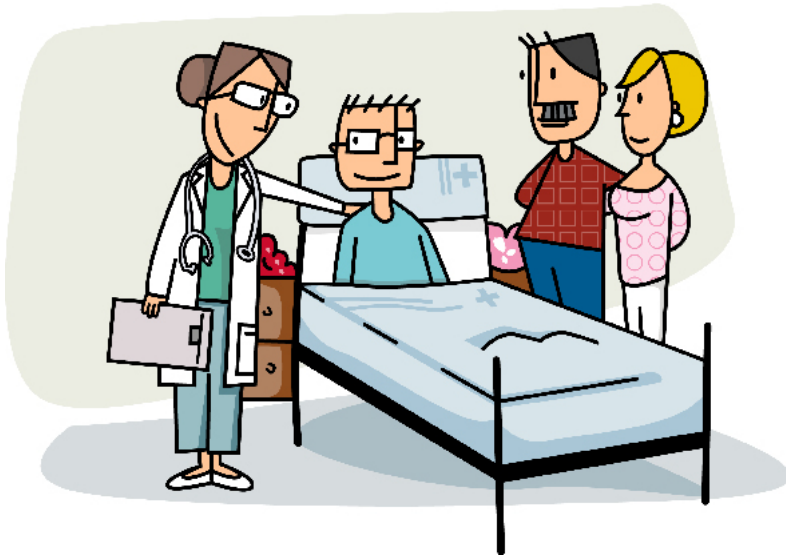
Si un professional decideix avisar els pares o tutors, és recomanable que expliqui al jove el motiu pel qual pren aquesta decisió i estigui present en el moment que aquests arribin al centre.

7.5 La consulta i l'ingrés hospitalari

L'hospitalització del menor presenta alguns problemes ètico-assistencials específics que cal tenir en compte, per tal de garantir el respecte a la seva dignitat i intimitat i el seu dret a ser hospitalitzat en un àmbit propi i amb mitjans que millorin la seva qualitat de vida en les estades llargues i doloroses. També cal garantir el dret a la confidencialitat, a rebre atenció educativa, a ser informat sobre la malaltia i el dret que es tingui en compte la seva participació en la presa de decisions. S'han de tenir presents les circumstàncies d'ingrés, ja que no és el mateix estar en un hospital comarcal que en una unitat d'hematologia infantil, on els drets no poden ser exercits d'igual manera. A banda dels drets que ja s'han assenyalat anteriorment, inherents a qualsevol acte assistencial, i també d'aquells que són d'aplicació a qualsevol pacient, amb independència de l'edat, el menor té dret a:

- ser atès degudament en cas de diferències lingüístiques, ideològiques, religioses o culturals;

- tenir la seguretat i la protecció garantides quan ingressa en una institució sanitària, ja sigui un hospital d'aguts o un centre de salut mental;
- estar acompanyat pels pares o les persones responsables durant tant de temps com sigui possible;
- ser hospitalitzat, en la mesura del possible, en un ambient adequat a la seva edat i ser atès per personal format en les seves necessitats;
- disposar d'atenció escolar, compartir la seva experiència hospitalària amb companys d'edat similar i on els pares dels nens amb malalties cròniques o greus puguin ser assessorats i alhora rebre suport psicològic (aquest és un dret que cal mantenir en casos d'adolescents amb malalties psiquiàtriques); i
- a gaudir de material lúdic i bibliogràfic i, si escau, de noves tecnologies que, a més de la vessant estrictament lúdica, aportin valor educatiu.





8. L'educació per a la salut

L'educació per a la salut ha de tenir un paper destacat en el desenvolupament de la infància i l'adolescència. Els coneixements apresos en la infància i la primera adolescència, mitjançant un procés educatiu continuat pel que fa a la salut, poden ajudar a reforçar la personalitat i l'autoestima, assolir la identitat individual, facilitar l'adopció d'actituds positives envers l'afectivitat, respectar els altres i les seves diferències en les relacions compartides, viure la sexualitat de manera positiva i saludable, etc.

A la vegada, una informació correcta i un bon aprenentatge en temes de salut, des del seu sentit més ampli, donaran eines als menors per ser més assertius i poder discernir i situar-se davant dels diferents riscos als quals es poden enfrontar; per reconèixer i canviar una alimentació inadequada; per ser crítics davant el consum de drogues; per reconèixer les dificultats i els perills en les relacions compartides, etc., i, per tant, els permetrà adquirir habilitats que els condueixin a desenvolupar hàbits i conductes saludables o a demanar ajut quan ho necessitin.

Els pares o els tutors són els principals responsables i els actors més importants en l'educació dels menors i hauran d'exercir aquesta responsabilitat, tot respectant la progressiva autonomia del fill.

Els professionals, tant en el seu paper educatiu com sanitari, seran sempre respectuosos amb les lícites opcions personals, socials, culturals i religioses de les persones menors i també dels seus pares o tutors.

Ara bé, educar no és solament informar. La informació aïllada, lluny de la relació interpersonal i sense un acompanyament al llarg del procés de

creixement, que contempli la importància dels canvis emocionals, el dret a equivocar-se, provar, experimentar, compartir, etc., no pot tenir l'efecte d'una vacuna.

Això és el que pretenen explicar els diferents «factors socials» quan parlen de la saturació de la informació en la societat actual. Davant de qualsevol conseqüència d'un comportament de risc, sovint es fa referència a la quantitat d'informació disponible, però poques vegades es comenten els efectes i la qualitat d'aquesta informació o el procés seguit per convertir-la en coneixement.

L'educació de la persona aplega el saber, el saber fer i el saber ser, tot respondent a tres objectius claus com són informar-se, actuar i fer-se responsable. L'educació per a la salut s'ha de basar en la informació continuada, contrastada amb el saber i les vivències anteriors del menor i segons les diferents experiències que va recollint en cada moment.

L'atenció en aquestes primeres etapes de l'adolescència és important, ja que és el període d'eclosió de la personalitat i de reafirmació de la identitat, durant la qual es construiran els valors, les actituds i els estils de vida, tan importants per a la salut futura de l'adolescent i el jove.

L'escolta i el suport continuat d'un referent familiar, professional de la salut, educador, monitor, etc., molt sovint seran essencials per reconduir conductes poc o gens saludables i perquè els menors s'atreveixin a demanar ajut quan es trobin en una situació difícil o desesperada.

Durant els moments de la pubertat, entre la infància i l'adolescència, en què tenen lloc els canvis corporals i psicològics més marcats i la identificació amb els iguals és tan important, és essencial abordar els diferents temes relacionats amb la salut en el seu sentit més ampli, amb un treball educatiu en grup, de manera dinàmica i que fomenti la participació. Cal subratllar que en el treball en grup sempre s'ha de partir dels coneixements i vivències dels participants i de les necessitats del moment.

8.1 La prevenció del risc

L'educació per a la salut tracta de **preparar la persona perquè pugui reconèixer i acceptar el risc i sigui capaç d'enfrontar-s'hi amb el suficient coneixement i criteri**. Eliminar el risc és una tasca impossible; per tant, la creença que el perill es pot evitar o eliminar és un engany i ens porta a una negació de la realitat. De totes maneres, no hem d'oblidar que els hàbits saludables i els valors apresos durant la infància, a l'entorn de la família, reforçaran o empobriran el grau de salut i la capacitat de prevenció de l'adolescent. Aquest concepte de prevenció contempla el fet educatiu des d'un àmbit molt ampli, en el qual els professionals de la salut hi tenim un paper important. Es tracta de poder aprendre dels ensurts i de les experiències poc favorables.

Per ajudar a reduir els possibles danys, s'ha d'acceptar tot el que el menor ja ha viscut i oferir l'acompanyament i el suport per a la resolució del conflicte, amb una mirada positiva i de creixement.

Si escoltem en primer lloc les experiències viscudes pels menors adolescents, amb les seves dificultats, pors i emocions, la informació que se'ls oferirà s'integrarà més fàcilment i es convertirà en coneixement útil per a la reflexió i el desenvolupament del sentit crític, per tal de poder preveure les situacions poc favorables i saber discernir i gestionar-les millor. Caldrà anar informant de manera continuada i contemplant sempre l'essencial del període dels nois i noies. Així, el coneixement que es vagi adquirint serà útil al menor a fi d'observar actituds preventives i de reducció del dany.

La necessitat de crear un marc de confiança i de garantir la deguda atenció al menor requereix poder atendre sempre la seva demanda, no desviar la qüestió plantejada, ni dificultar l'accés a l'educació per a la salut i ajudar-lo a reconvertir les conductes i les actituds poc saludables. Per aquests motius, es considera que qualsevol servei assistencial ha de disposar de professionals experts i motivats per atendre les demandes dels menors.

Pel que fa al centre educatiu, aquest s'ha de considerar com el marc on desenvolupar la promoció de la salut i la prevenció, les quals s'hauran de

basar especialment en la realització d'activitats específiques dins de l'aula. També s'ha de procurar que l'ambient i l'organització del centre educatiu sigui propici a l'educació d'hàbits saludables.

En les intervencions a les escoles en matèria d'educació de la salut, els professionals sanitaris hauran de buscar la complicitat amb els tutors i els educadors per programar conjuntament diferents activitats encaminades a crear un entorn saludable dins l'escola.

8.2 El Programa Salut i Escola

El Programa Salut i Escola té la finalitat de promoure la prevenció i millorar la salut dels adolescents. Va dirigit a uns 120.000 alumnes de tercer i quart d'ESO (14 i 16 anys) dels centres públics i concertats.

Aquest programa contempla, bàsicament, dues actuacions a les escoles:

1. La **consulta oberta**, a la qual els adolescents poden acudir espontàniament per realitzar consultes relacionades amb la seva salut, afavorint-hi així l'accessibilitat als diferents programes de promoció i prevenció. La consulta és atesa per professionals d'infermeria que garanteixen la privacitat i la confidencialitat de la informació, com en qualsevol acte assistencial.
2. Activitats encaminades a l'educació per a la salut i la prevenció: la salut afectiva i sexual, la salut mental, el consum de drogues i alcohol i la salut alimentària. Es contempla la possibilitat de fer actuacions i intervencions orientades a la comunitat, amb el consens dels diferents serveis d'Atenció Primària de Salut, Especialitzats (ASSIR, CSMIJ, etc.), Salut Pública i Equips d'Assessorament Psicopedagògic (EAP).

A vegades es pot produir un cert conflicte entre el professional sanitari i el personal docent pel que fa a la confidencialitat i fins a quin punt s'ha de compartir la informació de la consulta amb el director de l'escola, el tu-

tor i els professors. Els professionals sanitaris no han de comunicar cap informació confidencial als professors (amb les excepcions habituals, com podria ser un possible dany a tercers). En canvi, sí és convenient que els problemes detectats, sense identificar les persones que els han manifestat, siguin comunicats als educadors per tal que hi puguin intervenir en benefici del conjunt de la comunitat escolar.

També s'ha de tenir en compte que en alguns llocs, més sovint en el medi rural, la infermera pot ser vista pel noi o la noia com algú massa proper als pares i això pot influir en el grau de confiança. Cal recordar que el concepte de confidencialitat en la relació amb l'adolescent no ha de ser diferent del que el professional de la salut manté en un centre de salut.

El professional de la salut ha d'ajudar i acompanyar l'adolescent a comprendre la necessitat d'informar el pare o la mare en els casos més greus en què hi hagi perill per a la salut. Moltes vegades, el fet d'aconseguir que l'adolescent decideixi comunicar el problema a la família representa un avenç en l'abordatge d'aquest i un bon pas per a la seva resolució.

En molts casos, un tutor amb una bona relació amb els seus alumnes pot ser l'intermediari adequat, tant per avançar en l'ajut al menor i la resolució del problema detectat, com per apropar i implicar-hi els pares quan sigui necessari.





9. Salut sexual i afectivitat

9.1 La salut sexual a l'adolescència

Per atendre els menors, en relació amb els temes d'afectivitat i sexualitat, és important recalcar que sovint es generen emocions i sentiments difícils de gestionar i que poden comportar confusió als professionals i als menors.

En el moment de l'adolescència, la sexualitat s'expressa amb tot el seu potencial i es busca amb qui compartir-la, gaudir-la, posar-la a prova, etc., amb l'objectiu de reafirmar o consolidar la identitat sexual i l'orientació del desig ^[9]. La sexualitat ocupa un lloc central en la vida de les persones.

En aquesta època de canvis, les noies, per la seva fisiologia i potser perquè són més capaces de compartir les dificultats, busquen i demanen informació i ajut amb major facilitat. En canvi, el camí cap a la identitat sexual dels nois, en general, és més silenciós i solitari. Els costa més parlar dels seus sentiments, pors i dificultats. Cal que el professional conegui quines expectatives i pensaments envolten els comportaments sexuals d'uns i altres durant l'adolescència.

Els professionals que atenen els adolescents han d'acceptar i entendre la possibilitat del fracàs contraceptiu, com per exemple el trencament del preservatiu o el seu ús incorrecte i les relacions no protegides. En qualsevol d'aquestes situacions, l'anticoncepció d'urgència s'haurà de considerar com un mètode preventiu per evitar un dany major, com pot ser un possible embaràs inesperat.

[9] Segons la descripció de l'OMS, l'any 1975, «la sexualitat és una energia que ens motiva a buscar afecte, contacte, plaer, tendresa i intimitat, i influeix en els nostres pensaments, sentiments, accions i interaccions i, per tant, repercuteix en la nostra salut física i mental.»

Cal tenir en compte que les conductes massa transgressores i repetides dels adolescents tenen una relació directa amb molts dels valors apresos o les situacions viscudes en l'entorn familiar i social durant la infantesa.

Les característiques pròpies de l'adolescència fan més propicis els comportaments de risc. Però els nois i les noies que viuen i es relacionen en un entorn familiar i social poc favorable tenen més possibilitats de caure en conductes de major risc. Ara bé, a vegades hi ha situacions que acompanyen l'adolescent (p. ex. el divorci dels pares, les pèrdues de familiars o amics, el maltractament, l'abús, etc.) que el poden conduir a enfrontar-se a comportaments contradictoris i poc saludables, que no poden ni saben gestionar.

En qualsevol conducta de risc reiterada cal avaluar què porta a l'adolescent a actuar d'aquella manera i, des del coneixement del possible origen de la conducta, intentar actuar de manera integrada.

El manteniment de la confidencialitat és molt important per als adolescents que demanen assistència o consell en relació amb la seva salut sexual.

D'altra banda, les relacions sexuals a vegades també poden representar un risc per a la pròpia salut i per a la dels altres. Si un adolescent realitza activitats sexuals seriosament perilloses o nocives, hem de protegir-lo donant-ne part a la policia, el jutge, els serveis socials i els pares, amb professionalitat i immediatament.

Cada cas s'ha de valorar de manera individualitzada i tenint en compte el comportament dels adolescents, les circumstàncies de la vida, la maduresa, els trastorns seriosos d'aprenentatge i altres factors que els podrien fer especialment vulnerables.

Amb caràcter general, cal informar els pares sobre les relacions sexuals dels menors de tretze anys, ja que es considera que a aquesta edat són legalment incapaços de consentir-les.

Amb independència de l'edat, no s'ha de mantenir la confidencialitat de la informació sobre les activitats sexuals seriosament perilloses o que comporten risc i que impliquen qualsevol adolescent amb una altra persona quan:

- l'adolescent és massa immadur per entendre o donar el seu consentiment;
- hi ha una gran diferència d'edat, maduresa o poder entre els membres d'una parella;
- la parella de l'adolescent té una posició d'excessiu poder sobre aquest;
- l'adolescent està sotmès a coacció, pressió emocional o psicològica, suborn o pagament, tant pel fet de tenir relacions sexuals, com per mantenir-les en secret;
- les drogues o l'alcohol s'utilitzen per influir en un adolescent perquè mantingui relacions sexuals que, d'altra manera, no tindria; o
- es tracta d'una persona de qui es coneixen antecedents d'abús a menors.

9.2 La demanda d'anticoncepció d'emergència

Un probable motiu de consulta, a partir d'una pràctica sexual poc o gens protegida, és la prescripció de l'anticoncepció d'emergència (AE).

Aquesta demanda es pot donar en una primera visita o a urgències, i és possible que en aquesta primera entrevista, amb el que ens explica l'adolescent, no s'arribi a conèixer si hi ha un veritable risc. A partir de l'escolta i el respecte, la relació que s'estableixi en aquesta petició d'ajuda, encara que sembli molt senzilla, serà la base per generar noves consultes sanitàries, ja sigui al seu Centre d'Atenció Primària o en un servei especialitzat. Aquestes visites poden servir per acompanyar la noia, el noi o la parella, durant el seu creixement. Aquest bon contacte permetrà anar fent un bon consell preventiu i anticonceptiu.

Al llarg de les diferents entrevistes, el professional hauria d'intentar conèixer la situació personal i familiar de l'adolescent i interessar-se pel seu estat d'ànim i els sentiments que la situació li ha generat. El veritable risc actual i futur s'haurà d'esbrinar en relació amb el seu comportament general pel que fa a la sexualitat i l'afectivitat. Entre altres, es considerarà la seva necessitat de ser acceptat pel grup, d'evitar la soledat al preu que sigui, que el tinguin en compte i no passar desapercbut, la timidesa, la inseguretat, la manca de límits, etc.

A l'hora de facilitar la presa de l'AE, cal tenir en compte algunes característiques d'aquesta: per assegurar la major eficàcia s'haurà de prendre tan aviat com sigui possible; se'ls ha d'explicar que la seguretat no és del 100% i que en el període més fèrtil hi ha més perill d'embaràs; s'ha de deixar ben clar que aquesta anticoncepció és d'urgència i que no s'ha d'utilitzar com anticonceptiu habitual i que, a més, no protegeix d'infeccions de transmissió sexual, incloent-hi el VIH (la sida).

Aquest serà un moment clau perquè el professional sanitari aprofiti per promoure hàbits sexuals que evitin la necessitat de tornar a usar l'AE i el perill de contagi del VIH. És un deure dels professionals de la salut fer tot el que està en les seves mans per informar, formar i prevenir que l'adolescent recaigui en situacions semblants.

Com que el risc ve derivat d'una relació amb una altra persona, si la noia ve tota sola, el professional s'ha d'interessar per la parella sexual i indicar a la noia que parli amb ell i oferir-li la possibilitat d'una altra consulta amb la parella. És important que el noi participi i que un professional l'informi de tot el que comporta una relació no protegida. Si s'ha establert una bona comunicació i una relació de confiança, tant la noia com el noi seran més capaços de demanar ajut sempre que es trobin en una situació personal difícil.

S'ha d'acceptar que la informació no té l'efecte d'una vacuna; cal interioritzar el que es va escoltant i experimentant i convertir-ho en coneixement. La capacitat de l'adolescent per conscienciar-se del risc, ja sigui en la pràctica sexual o en altres comportaments que s'hi poden relacionar, com l'ús de substàncies addictives, es va adquirint amb el temps i les diferents experiències. Caldrà tenir molt en compte aquesta evolució a l'hora d'assessorar la persona menor.

En qualsevol cas, hem d'advertir dels riscos i conscienciar els adolescents de la importància i les possibles conseqüències d'aquestes primeres experiències quan no es realitzen amb les màximes garanties físiques i psíquiques.

A part de la responsabilitat dels pares, qualsevol contacte amb els serveis sanitaris hauria de ser aprofitat, en la mesura del possible, per ajudar a re-

flexionar sobre el valor de la sexualitat en el conjunt de la persona i de les relacions interpersonals.

És possible que en els Serveis d'Urgències s'hagi d'atendre noies menors que fan un ús molt freqüent de la píndola de l'endemà. En aquests casos, més enllà de donar resposta a la demanda puntual i proporcionar el consell educatiu necessari, cal articular un tipus de visita preferent a les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR), amb el qual es pugui fer un seguiment d'aquestes noies.

La situació varia en funció de l'edat i del grau de maduresa, però és convenient proporcionar l'anticoncepció d'urgència sense coneixement dels pares, o sense el seu consentiment, a adolescents menors de setze anys quan les considerem competents per prendre aquesta decisió.

S'haurà d'intentar facilitar el diàleg entre els pares/tutors legals i el/la menor ajudant-los o implicant-los en el seu procés de maduració com a persones i en el seu procés educatiu.

En cas de reincidències freqüents de la menor en la demanda de la píndola de l'endemà, cal intentar reconduir la situació, cal dialogar amb la noia -i la parella, si l'acompanya-, i recomanar la possibilitat de parlar amb els pares o tutors o persones properes, tot valorant el seu paper en l'ajut als seus fills/persona menor en el procés de creixement. En cas de risc greu per a la salut, el professional de la salut ha d'informar-ne els pares o tutors.

En cas de demanda d'IVE d'una menor de 18 anys, cal pactar amb la interessada facilitar i permetre l'acompanyament per part dels pares o tutors en la presa de decisions difícils i el seu seguiment.



10. El menor i altres àmbits d'interès

10.1 El menor i la recerca biomèdica

En la recerca que implica menors cal tenir present que aquests poden ser més vulnerables perquè no sempre poden reconèixer els seus principals interessos, expressar les seves necessitats o defensar els seus drets. Per això, solament hi haurien d'estar implicats quan la recerca realitzada en adults no pot proporcionar els mateixos beneficis per als menors.

És a dir, quan la recerca tingui:

1. beneficis potencials per als menors en general i no vagi en contra dels seus principals interessos ni impliqui un risc mínim (fer preguntes o treure mostres de sang), entenent que l'avaluació del risc també depèn de la perspectiva del menor; o
2. beneficis terapèutics potencials per a ells, que superin qualsevol risc previsible, el qual hauria de ser tan mínim com fos possible.

Cal recordar que la legislació vigent sobre assaigs clínics ^[9] atorga al menor de més de dotze anys el dret de consentir la seva participació (consentiment que complementa l'atorgat pels pares o els representants legals) i que el menor «capaç de formar-se una opinió en funció de la informació rebuda», és a dir, el menor madur, amb independència de la seva edat, pot decidir per si mateix no participar o retirar-se de l'assaig.

Per tant, els menors no han d'estar implicats en la recerca si no hi estan d'acord, tant si es neguen de paraula com amb fets, encara que els seus pares ho consentin.

[9] Reial decret 223/2004, de 6 de febrer, pel qual es regulen els assaigs clínics amb medicaments.

Si els menors hi donen el seu consentiment, cal també el dels pares i aquests s'hi han d'implicar.

Tampoc no s'ha de pressionar els menors o els pares perquè accedeixin a la investigació, al·legant-hi beneficis terapèutics, financers o de qualsevol altre tipus. Abans d'involucrar nens o adolescents en la recerca, és necessària l'aprovació d'un comitè d'ètica d'investigació clínica.

10.2 Les intervencions estètiques

Les intervencions purament estètiques, no indicades mèdicament, s'han de considerar com a no permeses en menors d'edat i no les poden consentir ni ells ni els seus pares. Tot i que aquesta previsió no és explícita en la llei, es desprèn del fet que els pares només poden prendre decisions mèdiques en substitució dels fills per protegir-los i vetllar per ells. Aquesta situació no es dona en intervencions purament estètiques no indicades mèdicament.

Excepte en els casos excepcionals que poden comportar un gran patiment psicològic, el professional de la salut hauria de d'ajornar la intervenció fins que el menor assoleixi la majoria d'edat legal i ha de tenir present que:

- La decisió del menor no l'ha de perjudicar clínicament, ni en el present ni en el futur.
- Ha de tenir en compte la voluntat del menor, d'acord amb el seu nivell de maduresa, i de manera que sigui compatible garantir el major benefici per a la persona menor amb un nivell de risc mínim.
- Cal valorar el requisit del consentiment dels pares, encara que el risc sigui mínim o negligible.



10.3 Els tatuatges i els pírcing

En els darrers anys, la pràctica de la decoració corporal ha sortit de l'àmbit restringit de certs grups i s'ha convertit en una moda, que no està exempta de riscos. Per això, el Departament de Salut va aprovar el Decret 90/2008 ^[10] el qual introdueix el requisit del consentiment informat per a la realització d'aquestes tècniques. Així doncs, qualsevol persona que es faci un tatuatge, un pírcing o una micropigmentació haurà de signar prèviament i per escrit el consentiment informat. En aquest document ha de constar la pràctica a realitzar, els riscos sanitaris i les complicacions, les cures necessàries per a la cicatrització, les condicions de reversibilitat de la pràctica, les indicacions i les contraindicacions en aquestes pràctiques i les característiques dels productes i els materials a implantar o utilitzar en la pràctica escollida.

Pel que fa als menors de setze anys, l'esmentada norma, a més del seu consentiment informat, exigeix que hauran d'aportar "un escrit de maduresa" signat pel pare, la mare o el tutor legal.

10.4 El menor i l'esport

De manera creixent, les pràctiques esportives d'alta competició comencen a una edat més primerenca. Els beneficis que això comporta mereixen, però, una certa vigilància perquè, de vegades, el mateix entusiasme pot no tenir en compte la voluntat dels menors de prosseguir una carrera plena d'obstacles i sacrificis. I més quan aquests obstacles i sacrificis poden tenir efectes negatius sobre la vida i la salut dels menors implicats.

A banda que la pràctica intensiva d'alguns esports concrets pot causar retards de creixement i del desenvolupament biològic, també s'ha de tenir en compte que el fet de no assolir èxits en les pràctiques esportives, en unes personalitats en formació i naturalment immadures com les dels adolescents, pot causar-los frustracions amb repercussió sobre la salut mental i la vida, trastorns relacionals, de l'humor i de l'autoestima.

[10] Decret 90/2008, de 22 d'abril, pel qual es regulen les pràctiques de tatuatge, micropigmentació i pírcing, a més dels requisits higienicosanitaris que han de complir els establiments on es realitzen aquestes pràctiques.

El sobreesforç és el factor més comú entre els causants de lesions, i l'excés d'entrenament pot comportar un esgotament físic i psíquic que pot dur al menor a abandonar l'activitat esportiva. Aquest esgotament esportiu es defineix com el conjunt de canvis psicològics, fisiològics i hormonals que condueixen a una reducció de les realitzacions esportives.

El professional de la salut, atenent els efectes sobre la salut de la persona menor, abans esmentats, valorarà la necessària l'autorització dels pares/tutors legals i ajudarà a un canvi en les actituds que afavoreixi un concepte integral de la salut de la persona menor.

Cal que la responsabilitat ètica dels educadors i els professionals de la salut que treballen amb nens i adolescents contempli aquestes realitats, així com les autoritats esportives, educatives i del benestar i la protecció a la infància han de vetllar perquè sigui així.



Membres del grup de treball sobre la persona menor en l'àmbit de la salut

Xavier Allué i Martínez

Pediatra i doctor en Antropologia. Cap del Servei de Pediatria. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.

Josep Ramon Arisa i Clusella

Economista i advocat. Diplomant en Finances ESADE. Coordinador de procediments i organització. Assessoria Jurídica del CatSalut.

Josep Maria Busquets i Font

Metge. Responsable de Bioètica. Departament de Salut.

Margarita Coll i Falgàs

Infermera. Programa Salut i Escola. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

M. Pilar Cortés i Viana

Metgessa pediatra. Grup d'Adolescència SEMERGEN Catalunya

Montserrat Daniel i Llach

Psicòloga adjunta del Servei de Pediatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Alejandra De Lama i Aymà

Professora lectora de Dret Civil. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

Sabel Gabaldón i Fraile

Cap de Secció de Psiquiatria. Hospital Sant Joan de Déu. Màster en Bioètica.

Alfons Icart i Pujol

Psicòleg. Director General de la Fundació Orienta. Director de la "Revista de Psicopatologia y Salud Mental del niño y el adolescente".

Rosario Jiménez i Leal

Metge de família. Atenció Primària Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona.

Francesc José María i Sánchez

Advocat i assessor del Consorci Hospitalari de Catalunya.

Araceli Lázaro i Aparicio

Educadora Social i Pedagoga. Analista de polítiques socials d'infància i adolescència i Secretària de l'Observatori dels Drets de la Infància.

Rosa Maria Martínez i Casado

Psicòloga. Professora de Criminologia. Facultat de Dret UB. Mediadora de Justícia Juvenil. Centre Educatiu L'Alzina. Departament de Justícia.

Helena Mestre i Sans

Infermera. Cap d'atenció al client i comunicació i Secretària del CEA. Hospital Comarcal Alt Penedès.

Isabel Minguella i García

Metgessa pediatra. Màster en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona. Societat Catalana de Pediatria.

Joan Monés i Xiol

Professor titular de Medicina i Bioètica. Universitat Autònoma de Barcelona. Gastroenteròleg de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Coordinador responsable de la redacció i l'aprovació del Codi de Deontologia de Catalunya de l'any 1996 i de la seva actualització l'any 2005.

Núria Parera i Junyent

Cap de la Unitat de Ginecologia de la Infància i l'Adolescència. Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció. Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

Dolors Petitbò i Antúnez

Metge de família. EAP Santa Eulàlia Nord. L'Hospitalet de Llobregat. ICS

Dolors Petitbò i Rafart

Psicòloga clínica. Cap de Secció de Psicologia. Hospital de Sant Joan de Déu. Esplugues.

Albert Planes i Magriñà

Metge de família. Grup d'ètica de la Societat Catalana de Medicina de Família.

Jordi Sáez i Ferrer

Cap del Servei d'Obstetrícia i Ginecologia. President del CEA. Consorci Sanitari de Terrassa.

Olga Ruesga i Fernández

Treballadora social. Directora de Comunicació i Atenció a l'Usuari de Badalona Serveis Assistencials. Hospital Municipal de Badalona.

Rosa Ros i Rahola

Metgessa. Directora del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat. Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears.

Rosa Maria Securín i Fuster

Psicopedagoga. Programa Salut i Escola. Departament d'Educació.

L'informe *La persona menor en l'àmbit de la salut*, va ser aprovat pel Comitè de Bioètica de Catalunya a la 67ena reunió plenària que va tenir lloc el dia 8 de juliol de 2009.

El Comitè de Bioètica de Catalunya està format per:

Marc Antoni Broggi i Trias

President

Pablo Hernando i Robles

Vicepresident

Anna Veiga i Lluch

Vicepresidenta

David Elvira i Martínez

Coordinador

Josep Maria Busquets i Font

Secretari

Francesc Abel i Fabre

Rogeli Armengol i Millans

Montserrat Boada i Palà

Margarita Boladeras i Cucurella

Francesc Borrell i Carrió

Montserrat Busquets i Surribas

Lluís Cabré i Pericas

Victòria Camps i Cervera

Xavier Carné i Cladellas

Maria Casado i González

Francesc José María i Sánchez

José María Mena i Álvarez

Màrius Morlans i Molina

María Dolores Navarro i Rubio

Virtudes Pacheco i Galván

Miquel Pardo i González

Milagros Pérez i Oliva

Joan Maria Pons i Ràfols

Montserrat Puig i Marí

Francesca Puigpelat i Martí

Begoña Román i Maestre

Maria Eugènia Sala i Gómez

Pilar Salvador i Collado

Núria Terribas i Sala

Joan Viñas i Salas

Bibliografia

- Gracia D, Jarabo Y, Martín N, Ríos J. *Toma de decisiones en el paciente menor de edad*. Medicina Clínica 2001; 117: 179-190.
- Kohlberg L. *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992.
- Kuther TL. *Medical decision-making and minors: issues of consent and assent*. Adolescence 2003; 38: 343-358.
- Pérez-Delgado E, García-Ros R, compiladores. *La psicología del desarrollo moral*. Madrid: Siglo XXI, 1991.
- Riaño-Galán I. *Protección del menor e investigación en pediatría*. ICB digital, N° 43, julio – agosto 2006.
- Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. *La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: Un problema ético y jurídico*. Revista Española de Pediatría. 1997; 53: 107-118.
- L'autonomia, el dret a decidir. Grup d'ètica de la Societat Catalana de medicina familiar i comunitària. Butlletí de la Societat Catalana de Medicina familiar i Comunitària. 2002;20(S1). Disponible a: http://www.camfic.org/grups_treball/docs/etica/autonomia.pdf
- Confidencialitat: el dret a la intimitat. Grup d'ètica de la Societat Catalana de medicina familiar i comunitària. Confidencialitat: el dret a la intimitat. Butlletí de la Societat Catalana de Medicina familiar i Comunitària. 2003;21(S2).
- Disponible a: http://www.camfic.org/grups_treball/docs/etica/confidencialitat_cat.pdf.
- Sergio ROMEO MALANDA (2000), "El valor jurídico del consentimiento prestado por los menores de edad en el ámbito sanitario", *La Ley*, nº 7, D-251.
- Juan Antonio RUIZ GARCÍA (2005), "Aspectos jurídicos de la medicina personalizada", *Indret 2/2005*, nº 286 (www.indret.com).
- DE LAMA AYMÀ, Alejandra; *La protección de los derechos de la personalidad del menor de edad*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2006.
- DE LAMA AYMÀ, Alejandra; "La confidencialidad en el ámbito médico: aspectos problemáticos del deber de secreto en el embarazo de una menor de edad. A propósito de la suspensión cautelar de algunos artículos del Código deontológico de la medicina catalana y el respeto a la intimidad de la menor embarazada en el Reino Unido", en *Indret*, 2006, nº2 .
- "El secret professional dels metges" J. A. Martí Mercadal, Monografies mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, Barcelona 2001.
- "Ètica Clínica" Jonson AR, Siegler M, Winslade WJ, Ariel, Barcelona, 2005, (ISBN 84-344-3719-5).
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Sexualitat responsable. Anticoncepció d'emergència. Barcelona. Generalitat de Catalunya, 2004; p.67-96.

Instrucció 03/2009 del CatSalut, Programa d'anticoncepció d'emergència del CatSalut. Annex III. Consideracions en relació amb l'accés a l'atenció sanitària en el cas de persones menors d'edat.
http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/instruccions/instruccio03_2009.pdf.

Document sobre salut sexual i reproductiva en l'adolescència. Observatori de Bioètica i Dret. Barcelona, 2002.

Guías de Ética en la Práctica Médica: Intimidad, confidencialidad y secreto. Fundación de Ciencias de la Salud 2005.

La Salut dels Joves a Catalunya: Un estudi Exploratori. Oriol Romani, director. Secretaria General de Joventut / Observatori Català de la Joventut 2006.

0 - 18 years: Guidance for all doctors. General Medical Council. Londres 2007.

Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. Comitè de Bioètica de Catalunya. Edició actualitzada 2003.