

---

# PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DECISIONES SANITARIAS POR REPRESENTACIÓN EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD

---

# 1 OBJETO

---

Este procedimiento nace con el objeto de guiar y apoyar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones sanitarias en personas en situación de incapacidad con representación y sin ella.

Se tratará la valoración de la designación de representantes, los criterios para la toma de decisiones en las diferentes tipos de personas en situación de incapacidad, así como el manejo de voluntades vitales anticipadas o testamento vital.

# 2 ALCANCE

---

Este documento afecta a todos los centros sanitarios dependientes del Distrito Poniente de Almería, Hospital de Poniente así como a todos los profesionales que forman parte de dichas instituciones.

# 3 REQUISITOS PARA APLICACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

---

Para la aplicación de este procedimiento se requiere que unas de estas tres condiciones se cumplan:

## 3.1 INCAPACIDAD DE HECHO

Se entiende aquella en la que las personas temporal o definitivamente carecen de entendimiento y voluntad suficientes para gobernar su vida por sí mismas de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación. El médico o médica responsable es quien debe valorar si la persona que se halla bajo atención médica, pudiera encontrarse en una situación de incapacidad de hecho que le impidiera decidir.

Para determinar la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes recogidos en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte:

- Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.
- Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones. Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones.

- Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.
- Si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla.

Las posibles situaciones clínicas donde el paciente puede ser incapaz son:

- Paciente incapaz de forma temporal por causa orgánica
- Paciente incapaz de forma temporal por causa funcional
- Paciente incapaz por alteración metabólica
- Paciente que pierde de forma permanente o definitiva su capacidad de decidir

### 3.2 INCAPACITACIÓN DE DERECHO

La persona está incapacidad por sentencia judicial.

### 3.3 MENOR DE EDAD

El paciente es menor de edad y se considera:

- Incapacitado por tener menos de 12 años
- Incapaz tras valoración de los profesionales médicos

## 4 CRITERIOS DE NO APLICACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

---

- Cuando exista un riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas, siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona enferma y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, lo dispuesto en su declaración de voluntad vital anticipada y, si no existiera esta, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a ella.
- Por estado de necesidad terapéutica, determinado por el profesional en relación con el o los representantes.
- Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el

consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

## 5 ANÁLISIS ÉTICO

---

Los pacientes con capacidad para la toma de decisiones sanitarias pueden aceptar o rechazar las recomendaciones sanitarias y esto a menudo ocurre tras sopesar los riesgos y beneficios de las pruebas o tratamientos propuestos. Actualmente las relaciones sanitarias se apoyan en el reconocimiento del derecho de los pacientes a participar en las decisiones sobre su salud. Esta idea es el fundamento del consentimiento informado.

Los profesionales sanitarios evalúan la situación médica y ofrecen recomendaciones pero las decisiones centradas en el paciente introducen sus valores y preferencias en la toma de decisiones.

Cuando un paciente pierde la capacidad para participar de manera significativa en la decisión que nos ocupa, debe existir un mecanismo para tomar decisiones que representen los objetivos, preferencias e intereses del paciente. Este mecanismo es el que se conoce como decisiones por representación, que ocurre habitualmente cuando un cónyuge, pareja, miembro de la familia cercano o amigo asume esta responsabilidad en nombre del paciente incapacitado.

Los valores éticos básicos que subyacen en la toma de decisiones de representación/sustitución son: el respeto a la autodeterminación individual-principio de autonomía y la preocupación por el bienestar del individuo-principio de beneficencia.

El profesional debe apoyar y velar para que se produzca una toma de decisiones correctas por el representante basándose en la reconstrucción lo más fidedigna posible de los valores, preferencias y creencias que habría aplicado el paciente en esa situación clínica concreta.

Este modelo de toma de decisiones se basa en dos supuestos principales: el individuo es el que toma las decisiones y las decisiones son el resultado de una ponderación racional entre beneficios y riesgos. Estos supuestos pueden ser un reto. Es importante que los profesionales conozcan si sus pacientes y representantes comparten estos valores. La diversidad cultural de nuestra

comunidad supone visiones diferentes a las expuestas donde la unidad familiar o la persona de más edad de la comunidad son los que toma las decisiones.

El problema es cómo deben tomarse las decisiones por representación y cuáles la potestad de los representantes cuando toman decisiones que, evidentemente, no les afectan a ellos mismos sino a las personas en cuyo nombre y beneficio actúan. Es claro que los representantes no pueden decidir por los demás lo mismo que deciden respecto de sí mismos. La explicación tradicional es que las decisiones de representación o sustitución han de tomarse siempre buscando el mayor beneficio de la persona por la que se decide. La patria potestad, la tutela, la guarda, la custodia, etc., no se tienen ni se ejercen en perjuicio de la persona representada o tutelada, sino sólo en su beneficio. Este criterio se conoce con el nombre de “mayor beneficio” o “mayor interés” (*best interest*).

Se debe tener en cuenta que en una persona que nunca ha sido capaz se puede tener en cuenta los valores y preferencias porque nunca ha podido expresarlos y es por ello que en este caso sólo podría buscar el mejor o mayor interés o beneficio.

## **5.1 CONFLICTOS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES SANITARIAS POR REPRESENTACIÓN**

- 5.1.1 No se puede definir por parte del representante los valores, preferencias y creencias que el paciente incapaz hubiera aplicado en la situación clínica concreta
- 5.1.2 Discrepancia entre las VVA y su interpretación por el representante
- 5.1.3 Rechazo del tratamiento por el representante cuando el o los profesionales creen que el mejor interés para el paciente incapaz sería no rechazar la actuación
- 5.1.4 ¿Son válidas las instrucciones verbales?
- 5.1.5 Divergencia en la toma de decisiones vitales en pacientes incapaces entre los integrantes del equipo sanitario como entre estos y los familiares, cuando no hay documentos de VVA: divergencia en la valoración del mejor interés.

- 5.1.6 Ausencia de representantes
- 5.1.7 Entidad jurídica como representante
- 5.1.8 Decisiones sanitarias complejas en menor maduro
- 5.1.9 Discrepancia entre los familiares y el representante nombrado en las VVA
- 5.1.10 Limitación de confidencialidad en las VVA hacia los familiares
- 5.1.11 No aceptación de limitación del esfuerzo terapéutico por parte del representante
- 5.1.12 Interpretación de VVA en una situación de incapacidad del paciente y representante
- 5.1.13 Paciente y representante de otro país
- 5.1.14 Los documentos de VVA tiene problemas formales

## **6 PROCESO DE TOMA DE DECISIONES**

---

En este ámbito de las decisiones de representación hay dos grandes preguntas que responder. La primera es delimitar quién tomará las decisiones, o sea, quién será el representante. La segunda es con qué criterios deberá decidir dicho representante. Para las respuesta a estas preguntas nos referiremos a la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.

### **6.1 INFORMACIÓN**

En un paciente incapaz, el proceso de información debe ser transmitida a la persona que se designa como representante aunque al paciente se le informará de la manera más adecuada y comprensible en la medida de su incapacidad.

Es de vital importancia cuidar la calidad de la comunicación en un proceso dialógico continuo con el presentante y realización un proceso de deliberación para una calidad ética en la toma de decisiones.

El representante tiene derecho a recibir información acerca de la finalidad y naturaleza de la intervención así como sus riesgos, consecuencias y alternativas factibles, con la extensión adecuada para que pueda tomar una decisión

consciente. El personal sanitario que participe en la atención tiene obligación de proporcionar dicha información, en cada caso en función del grado de competencia y nivel de responsabilidad. La información debe ser clara, veraz e inteligible. Debe adaptarse al nivel de comprensión y proporcionarse en el idioma que entienda.

Ante un conflicto en la decisión es importante repetir el proceso informativo varias veces, usando expresiones claras pero sencillas, en ocasiones es conveniente que participe varios miembros del equipo asistencial. Debe ofrecerse apoyo emocional y espiritual y mantener una actitud empática sobre todo se debe ser sensible a las situaciones de alto impacto emocional donde habría que dar apoyo más específico.

El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

## 6.2 IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE

Este paso pretende dar respuesta la pregunta: ¿quién debe actuar como representante de un paciente en situación de incapacidad?

**¿QUIÉN DEBE ACTUAR COMO REPRESENTANTE DE UN PACIENTE INCAPAZ?**

**1. En caso de **incapacidad de hecho:****  
Por orden descendente de prioridad, y sin perjuicio de lo que pudiera decidir la autoridad judicial competente conforme a la legislación procesal en cualquier momento:

- la persona designada específicamente a tal fin en la declaración de Voluntad Vital Anticipada o, eventualmente, mediante un proceso de Planificación Anticipada de Decisiones
- la persona que actúe como representante legal,
- el cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad,
- los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad,

**2. En caso de **incapacitación judicial:****  
- la persona tutora designada en la sentencia de incapacitación

**3. En caso de **una persona menor de edad incapaz:****  
- la persona que ostente la patria potestad.

Sin perjuicio de lo que pudiera decidir la autoridad judicial competente conforme a la legislación procesal en cualquier momento, el orden jerárquico descendente establecido según normativa vigente de quien es la persona representante del incapaz/incapacitado es:

**1º paso: Comprobación de existencia de voluntades vitales anticipadas realizadas en paciente mayor de 18 años o menor emancipado**

Ante un paciente incapaz o incapacitado el profesional sanitario responsable del paciente tiene la obligación legal \*\* de consultar la posible existencia de Voluntad Vital Anticipada.

Esta consulta se podrá realizar vía telefónica: Salud Responde o vía telemática: Diraya- Historia de Salud Única. Si el paciente tiene las VVA realizadas el profesional deberá consultar si existe a la asignación de representante. En caso afirmativo, sería esta persona quien tomaría las decisiones por el paciente. En caso negativo pasamos al segundo paso.

**2º paso:**

Valoraríamos si el paciente está incapacitado por sentencia judicial, si eso fuera así, entonces habría que valorar el régimen de tutela: tutor, persona jurídica o curador (en este último caso habría que valorar sus funciones)

Esta opción se aplicará también en menores incapacitados (<12 años) o incapaces, y el representante será la persona que ostente la patria potestad.

**3º paso:** Ante la ausencia de las dos opciones anteriores se valorará la situación familiar de la persona incapaz, y lo representará por orden descendente de prioridad:

1º. Cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad

2º. Familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad

El problema puede surgir si el representante no está presente, o si no es una única persona, sino una institución la representante y son varias las personas que, a través de comités, deben decidir. Esta decisión conjunta no siempre es posible tomarla en una situación aguda.

En el caso de no haber sido designado ningún representante, será el Ministerio Fiscal el encargado de determinar el curso de acción a seguir, ya sea tomar el mismo la decisión sanitaria correspondiente o designar un representante del paciente para que la adopte.



Cuando el paciente menor, de entre doce y dieciséis años, no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado la opinión de éste si tiene doce años cumplidos.

Quienes tengan su representación legal, que habitualmente son quienes ostentan la patria potestad, su madre y su padre. Si es una persona menor emancipada que ha cumplimentado una Voluntad Anticipada, entonces quien haya designado como representante.

En caso de conflicto entre padre y madre, por ejemplo en situaciones de divorcio, si no es posible el acuerdo, quizás sea necesario acudir al juzgado para dirimir quién debe decidir.

### CONFLICTO DE TUTELA

La patria potestad, que incluye el deber general de velar por los hijos e hijas y ejercer la representación (art. 154 CC), se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro (art. 156.1º CC). Por lo tanto, en un principio las decisiones deben tomarse de forma conjunta. No obstante, si existiera un desacuerdo puntual, cualquiera podrá acudir al Juzgado y, después de escuchar a ambas partes y a la persona menor, en el caso de que tuviere suficiente juicio o fuera mayor de doce años, se atribuirá la facultad de decidir a una de las partes (art. 156.2º CC).

En caso de separación judicial, divorcio o nulidad matrimonial, lo normal es que la patria potestad conjunta no quede afectada.

No obstante, el Juez podrá decidir, en beneficio de los hijos, que la patria potestad sea ejercida total o parcialmente por unos de los cónyuges (art. 92.4 CC). Por otro lado, si los padres viven separados la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva (art. 156.5º CC).

Por último, hay que señalar que el padre o la madre podrán ser privados total o parcialmente de su potestad por sentencia fundada en el incumplimiento de los deberes inherentes a la misma o dictada en causa criminal o matrimonial. (art. 170 CC).

### 6.3 REQUISITOS FORMALES PARA SER REPRESENTANTE

Los requisitos que debe cumplir un representante de un paciente incapaz para ejercer como tal son:

- Capacidad de hacer juicios razonados

- Conocimientos e información adecuada
- Estabilidad emocional
- La persona que otorgue el consentimiento habrá de actuar libremente, buscando siempre el mayor beneficio de la persona representada y el respeto a su dignidad personal. No podrá ser por tanto coaccionada de ninguna manera para que su decisión sea en un sentido u otro, ni por profesionales ni por sus familiares, amistades, etc. Tampoco podrá ser manipulada, en el sentido de ofrecerle información sesgada para que decida en un sentido predeterminado por quien la informa.

## 6.4 CRITERIOS DE DECISIÓN DEL REPRESENTANTE

El o los representantes no pueden elegir con cualquier criterio o criterio arbitrario si no que la norma y la ética nos informa sobre el tipo de criterio de decisión así como el orden jerárquico de estos.

Por orden jerárquico descendente, los criterios son:

### 6.4.1 Criterio subjetivo o de la Voluntad Anticipada:

En caso de que la persona enferma haya cumplimentado una declaración de Voluntad Vital Anticipada, su representante deberá respetar y aplicar los deseos y preferencias establecidos en dicho documento cuando sean aplicables a la situación clínica en la que se encuentra su representado/a.

Si la persona enferma, aunque no haya cumplimentado dicho documento, ha realizado un proceso de Planificación Anticipada de Decisiones que está registrado en su historia clínica, la persona representante deberá respetar también dichas preferencias cuando sean aplicables a la situación clínica en la que se encuentra su representado/a.

### 6.4.2 Criterio del juicio sustitutivo o del consentimiento presunto:

No existe un conocimiento cierto y explícito de los deseos de la persona en esa situación, pero su representante, basándose en su conocimiento personal de su representado/a, de sus valores y preferencias generales sobre la salud y la enfermedad, estima lo que a su juicio la persona enferma hubiera decidido de haber sido ahora capaz.

Para reconstruir las posibles preferencias de la persona puede usarse la historia de valores consignada en la declaración de Voluntad Vital

Anticipada o lo registrado en la historia clínica en el marco de un proceso de Planificación Anticipada de las Decisiones.

Debe tener precaución en la toma de decisiones, ya que el representante puede interpretar sus valores y preferencias por ello es importante que con el representante se discuta, se argumente y valore la información suministrada. Y en ocasiones esta información se debe contractar con otras personas cercanas al paciente. Todo para elaborar una representación lo más definida de los valores y creencias de la persona.

#### **6.4.3 Criterio del mayor beneficio o mejor interés:**

Cuando no es posible conocer la voluntad previa o presunta de una persona enferma, entonces su representante tendrá que decidir haciendo un juicio acerca de lo que puede redundar en mayor beneficio de su representado/a, ponderando los pros y contras de las intervenciones en términos de riesgos y beneficios, actuales y futuros, respecto a la cantidad y calidad de la vida.

Sólo cuando el juicio profesional sobre la futilidad de una medida es razonablemente claro, debe prevalecer sobre los deseos de la persona enferma.

En relación con el juicio sobre la futilidad de los profesionales es menos seguro, deben abrirse espacios para la deliberación conjunta con pacientes y sus representantes o familias, acerca de lo que resulta más adecuado hacer, a la luz del estado clínico del/la paciente, de su previsible pronóstico y de sus valores y preferencias.

#### **6.4.4 Criterio de decisión en pacientes sin representante**

Se debe basar en el mejor interés como el expresado en el criterio anterior, aunque en situaciones clínicas complejas se puede consultar a diferentes animales

- Sesión clínica
- Consulta con el comité de ética asistencial
- Consulta al órgano judicial

#### **6.4.5 Criterio de decisión para el menor incapaz:**

Quien represente debe actuar buscando siempre el mayor beneficio de la persona menor y el respeto a su dignidad personal.

Para determinarlos tiene que tomar en consideración tres elementos:

1. Los deseos explícitos previos de la persona menor de edad, especialmente cuando tiene más de 12 años. Es conveniente explorar abiertamente estos deseos y preferencias, en un marco adaptado a su capacidad de comprensión, mediante procesos de Planificación Anticipada. Deberían ser registrados adecuadamente en la Historia Clínica. En Andalucía, las personas emancipadas pueden expresarlo en un Documento de Voluntades Vitales Anticipadas, lo que convierte su decisión en jurídicamente vinculante.
2. En el caso de menores que no pueden expresarse personalmente, por ejemplo, por un agravamiento de su estado clínico, debe tenerse en cuenta lo que, a juicio de la persona representante, hubiera deseado y preferido si ahora pudiera comunicarlo. Esto es lo que se llama "juicio sustitutivo".
3. Lo que a juicio de su representante, con apoyo profesional, se considera el mayor beneficio o mejor interés para la persona menor. Este mayor beneficio exige ponderar elementos relacionados tanto con la cantidad de vida (pronóstico) como con la calidad de vida (complicaciones y secuelas a corto, medio y largo plazo).

## 6.5 ACTUACIÓN ANTE LA EXISTENCIA DE CONFLICTO ÉTICO

Como ha quedado recogido en el análisis ético las situaciones de conflictos éticos son múltiples y diferentes, estas situaciones deben ser visualizada por los profesionales como

El procedimiento de análisis de conflictos éticos en grupo siempre se enmarca dentro de un proceso con los siguientes puntos

- Presentación del "caso" objeto de análisis
- Aclaración de los "hechos" propios del caso (tanto datos objetivos como subjetivos)
- Identificación de los "valores" en conflicto en el caso
- Estudio de los "cursos de acción" posibles
- Identificación del (o de los) "curso(s) óptimo(s)"
- Conocimiento del marco "jurídico" de la decisión

### **6.5.1 DECISIÓN COLEGIADA**

Sesión clínica conjunta tanto en Atención Primaria como Hospitalaria. Proceso deliberativo por parte del equipo profesional que trata a la persona enferma, de su situación clínica y de la posibilidad

Aunque la decisión última recae sobre los profesionales de la Medicina que sean responsables de la atención del paciente, lo cierto es que dicha decisión debe gestarse en el marco de un proceso deliberativo en el que participen todos los profesionales (Medicina y Enfermería) y donde se busque el mayor consenso posible entre todos ellos. La Enfermería establece habitualmente un contacto más estrecho y cercano con la persona y sus seres queridos. Esto le permite conocer con más detalle sus opiniones, sus dudas, sus miedos, sus deseos de tratamiento o de cuidados en relación con la enfermedad y su evolución. Por eso la Enfermería puede aportar, entonces, información muy importante para la toma de decisiones.

En ocasiones, puede ser necesario invitar también a participar en el proceso deliberativo a profesionales de otras especialidades, que puedan estar muy directamente implicados en la atención del paciente, dado que el paciente ha estado previamente a su cargo.

El proceso de toma de decisiones, para tener carácter deliberativo, debe cumplir requisitos formales de una deliberación ética

Todos los participantes en el proceso deben poder opinar libremente, en condiciones de igualdad o simetría moral, sin ningún tipo de coacciones o restricciones.

Los participantes están obligados a argumentar de forma respetuosa y veraz, exponiendo las razones morales, éticas o jurídicas que sustentan sus opiniones.

Cualquier argumento puede ser sometido libremente a crítica mediante contra-argumentos.

La calidad de un argumento se basa en la calidad de las razones que lo sustentan y no en la fuerza del principio de autoridad.

El objetivo del proceso deliberativo es establecer lo que pueda ser el mayor bien del paciente, no meramente aplacar la angustia de los que tienen que decidir.

### **6.5.2 CONSULTA AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA)**

Aunque el buen hacer científico técnico, ético y comunicativo de los profesionales es capaz de solventar adecuadamente la difícil tarea de

trasladar al representante o familiares una decisión clínica, de tal manera que pueda ser aceptada e integrada adecuadamente, a veces esto no sucede.

Con el objeto de facilitar a los profesionales una herramienta de ayuda para afrontar estas situaciones conflictivas, la Ley 2/2010 de “Muerte Digna”, en su artículo 27, impulsó la creación de los Comités de Ética Asistencial (CEA).

Todos los centros sanitarios o instituciones dispondrán o, en su caso, estarán vinculados a un Comité de Ética Asistencial, con funciones de asesoramiento en los casos de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos, que serán acreditados por la Consejería competente en materia de salud.

Los informes o dictámenes emitidos por el Comité de Ética Asistencial en ningún caso sustituirán las decisiones que tengan que adoptar los profesionales sanitarios.

En los casos de discrepancia entre los profesionales sanitarios y los pacientes o, en su caso, con quienes ejerciten sus derechos, o entre estos y las instituciones sanitarias, en relación con la atención sanitaria prestada en el proceso de muerte, que no se hayan podido resolver mediante acuerdo entre las partes, se solicitará asesoramiento al Comité de Ética Asistencial correspondiente, que podrá proponer alternativas o soluciones éticas a aquellas decisiones clínicas controvertidas.

## 7 REFERENCIAS NORMATIVAS

---

El consentimiento informado aparece por primera vez en la Ley General de Sanidad, aunque su desarrollo es pobre y confuso. Posteriormente el Convenio de Ovideo es el marco del inicio de un proceso de mejora legislativo que se plasma en la ley básica 2/2010 de Autonomía.

Es en esta ley donde aparece el concepto de consentimiento por representación en el artículo 9.

En nuestra comunidad autónoma a raíz del desarrollo del marco legislativo a final de la vida con el decreto de Voluntades Vitales Anticipadas y finalmente con la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte que en su artículo 10 expresa la prelación de representantes.

Hoy en día, el ordenamiento jurídico, tanto a nivel internacional como a nivel nacional, reconoce ampliamente los derechos generales de menores y

adolescentes, tanto en el plano general como en relación a las decisiones sanitarias, aunque su propia condición de “menores” de edad hace que no puedan ejercerlos siempre en los mismos términos que las personas adultas. Los 54 artículos de la Convención de los Derechos del Niño de la ONU, en vigor desde 1990, son una buena muestra de ello. Esta Convención ha sido ya firmada y ratificada por 190 países del mundo. El correlato europeo de esta Convención es la Carta Europea de los Derechos del Niño, aprobada en 1992.

La aplicación del marco general de protección de los derechos al ámbito de la salud tiene lugar habitualmente en el marco de la regulación general sobre los derechos de los y las pacientes. En esta regulación suelen incluirse apartados específicos relativos a las personas menores de edad. No obstante, también existen algunos documentos específicos. Uno muy relevante es por ejemplo la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados, aprobada por el Parlamento Europeo en 1986.

La Ley 1/1998 de los derechos y atención al menor en Andalucía contiene, en su artículo 10, un desarrollo exhaustivo de los derechos de las personas menores en materia de Salud. Estas disposiciones fueron desarrolladas por el Decreto 246/2005, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria. Este par legislativo constituye sin duda alguna el referente fundamental para conocer los derechos de las personas menores en relación con la salud en Andalucía.

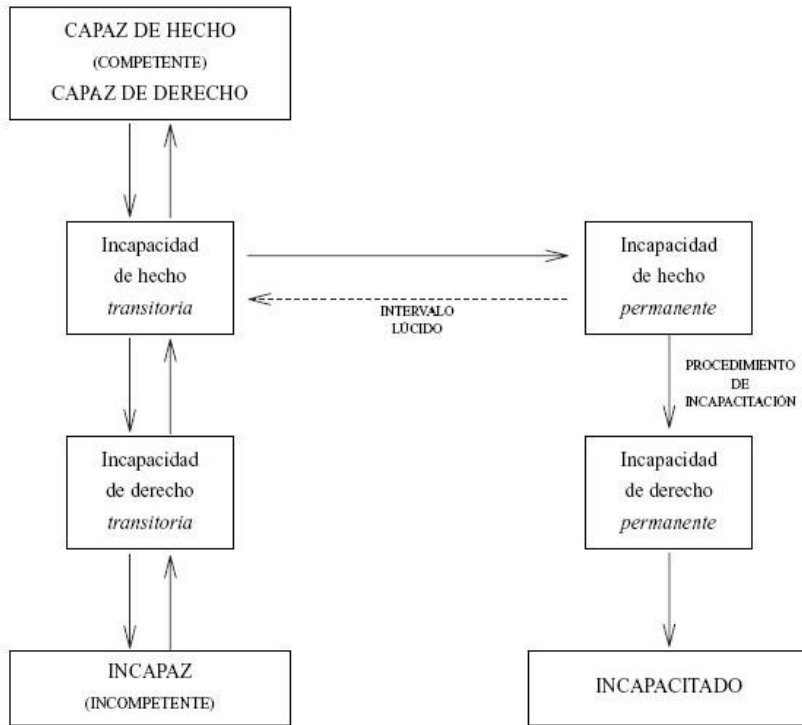
Por último, en relación a la atención sanitaria de las personas menores en proceso de muerte, es necesario insistir en que los derechos, deberes y garantías reconocidos en la Ley 2/2010 les son totalmente aplicables.

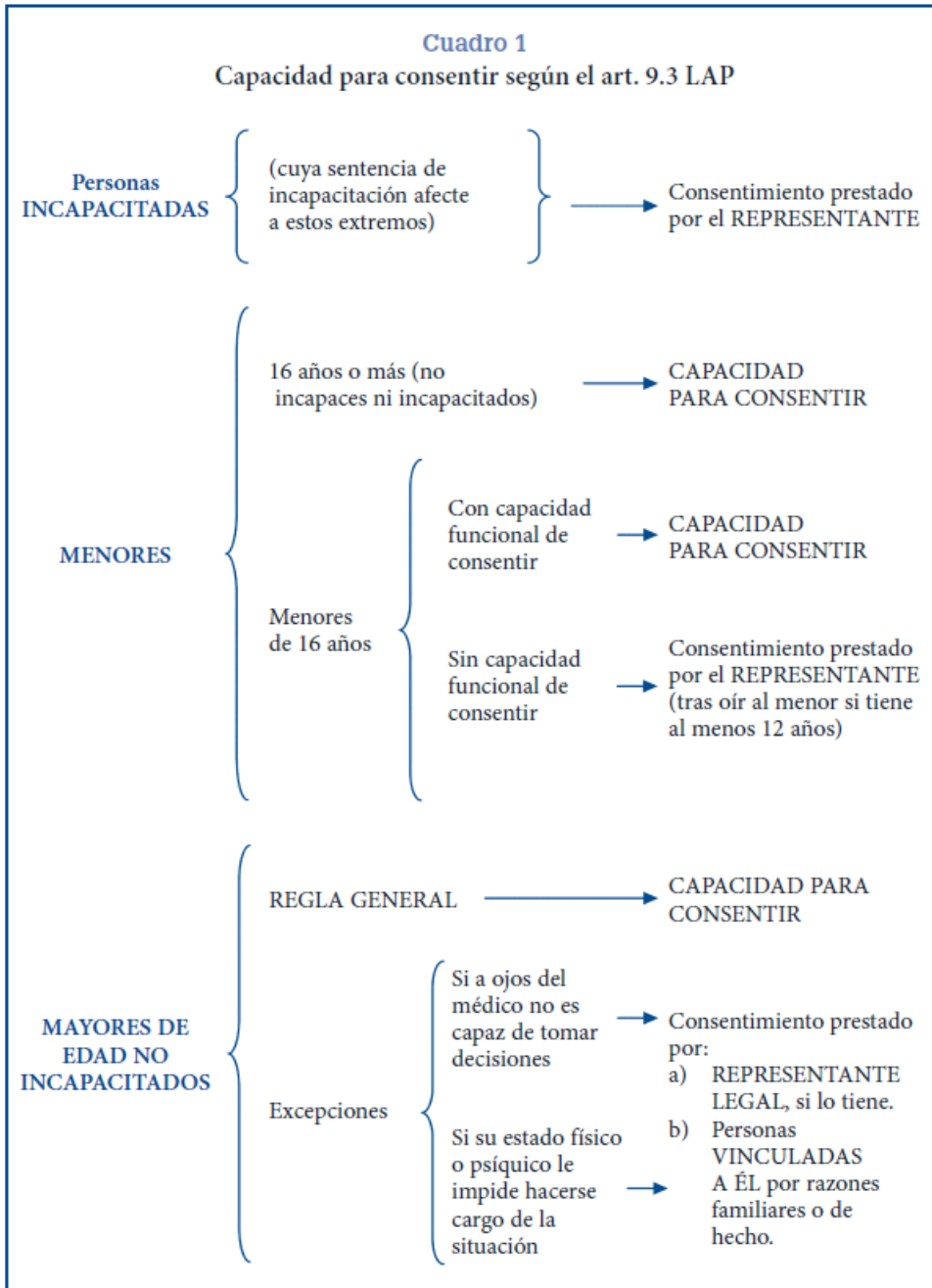
El artículo 11.1 de la Ley 2/2010 de Andalucía es muy claro al respecto: Todo paciente menor de edad tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad e intervenciones sanitarias propuestas, de forma adaptada a su capacidad de comprensión.

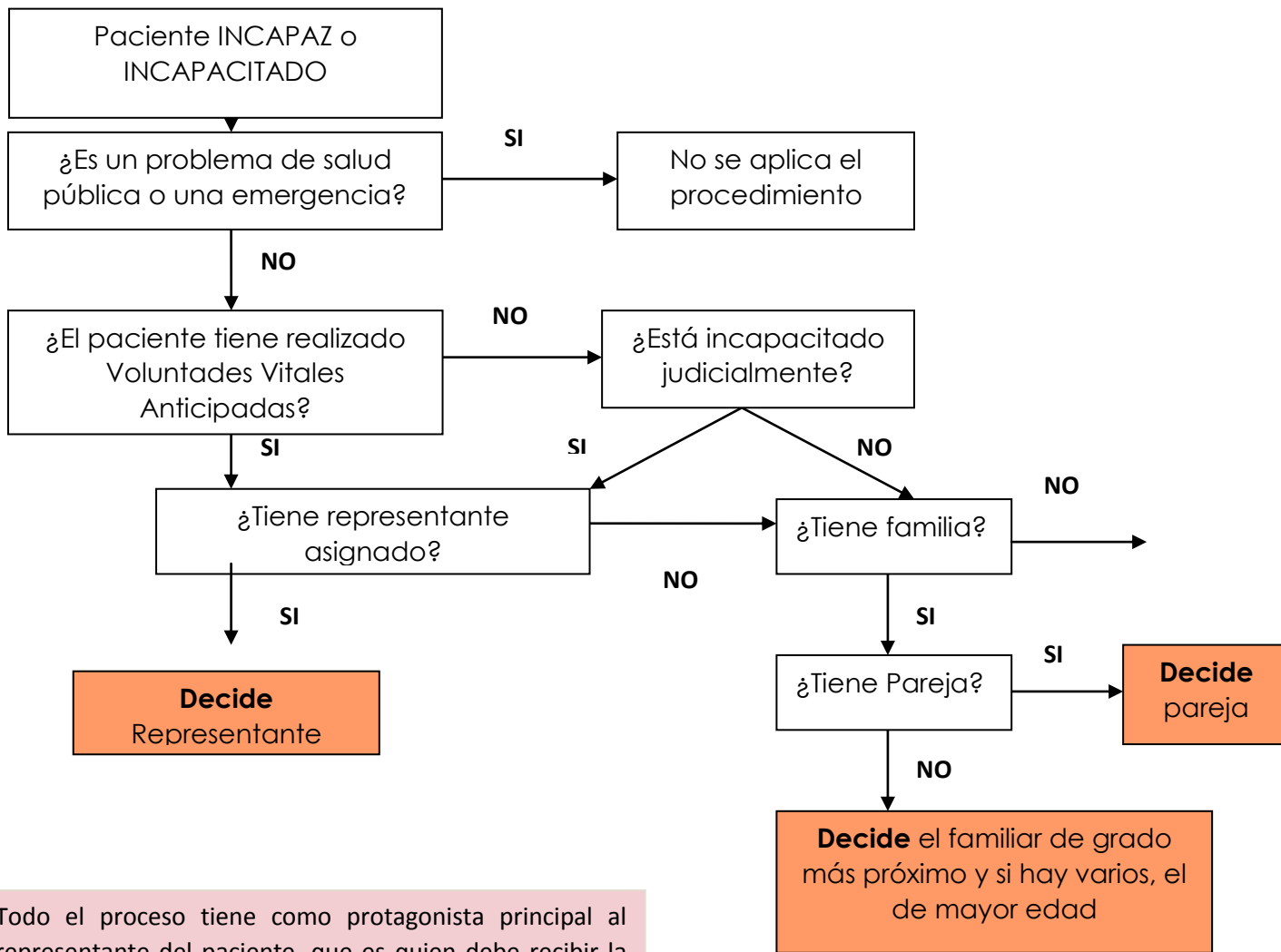
En relación con la salud, fue la Ley 41/2002 la que, en su artículo 9, estableció el marco general que regula la capacidad de los menores para tomar decisiones. En Andalucía, en el ámbito de las decisiones sanitarias de las personas menores de edad en proceso de muerte, la Ley 2/2010 ha reforzado ese marco jurídico en su artículo 11.

<b>EDAD</b>	<b>“MADUREZ”</b>
<b>25</b>	Para adoptar
<b>18</b>	Civil Penal plena <sup>a</sup> Contractual Electoral Sanitaria para ensayos clínicos, fecundación artificial y donación
<b>16</b>	Laboral Sanitaria general Para consentir una Interrupción Voluntaria del embarazo <sup>b</sup> Para conducir motos de 125 cc (A1) y vehículos agrícolas Para emanciparse <sup>c</sup>
<b>15</b>	Para conducir ciclomotores
<b>14</b>	Matrimonial, que produce emancipación. Testamentaria Asociativa Penal restringida <sup>d</sup> Para uso de armas cinegéticas o deportivas <sup>e</sup> Para consentir al tratamiento de sus datos personales
<b>13</b>	Relaciones sexuales entre iguales
<b>12</b>	Para que se oiga en procesos de adopción o divorcio Para que se oiga en decisiones sanitarias que le afecten



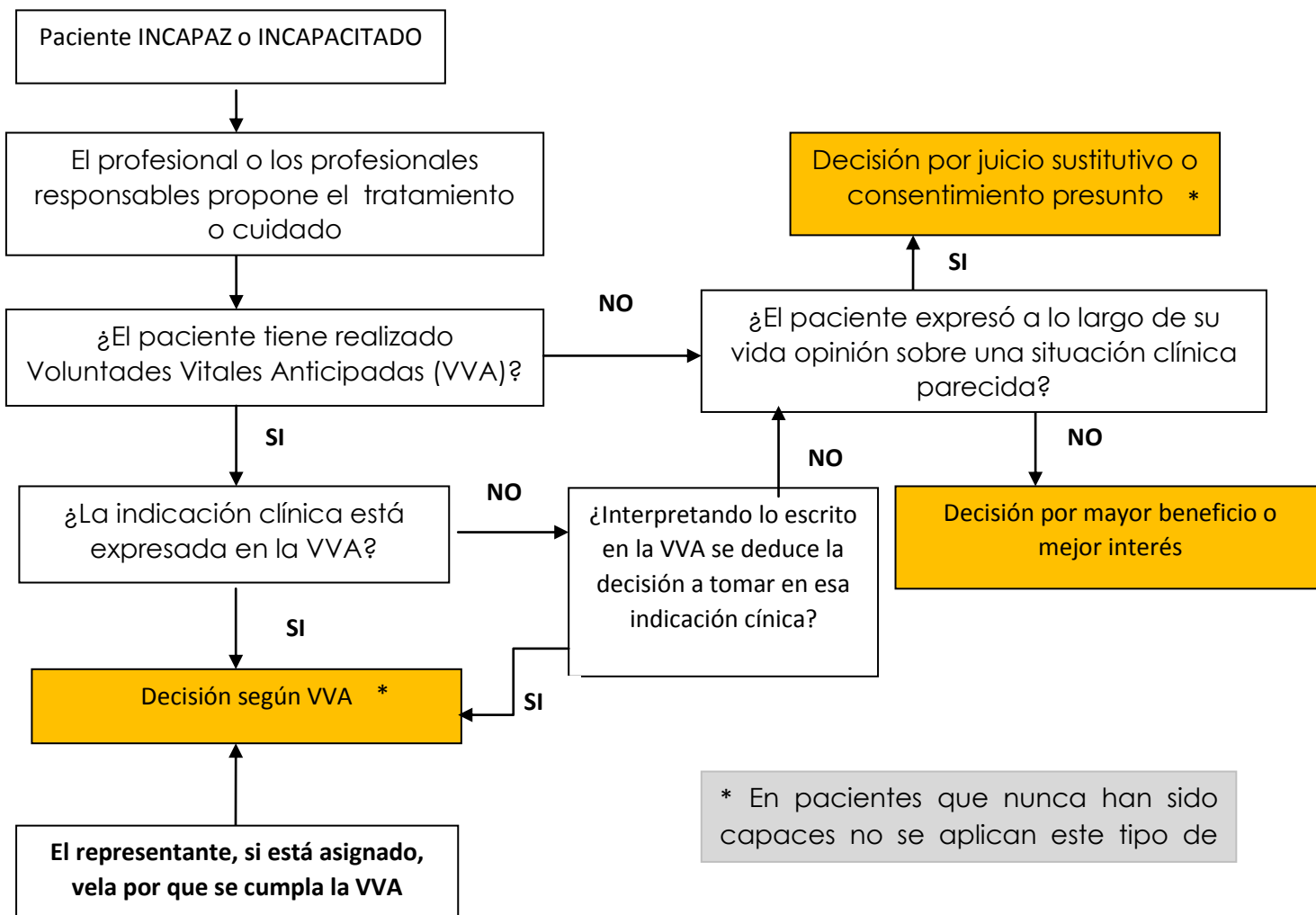






Todo el proceso tiene como protagonista principal al representante del paciente, que es quien debe recibir la información adecuada, actuar voluntariamente y ser capaz. Ello no obsta para que los pacientes incapaces sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de modo adecuado a su grado de discernimiento.

## ANEXO IV CRITERIO DE DECISIÓN REPRESENTANTE



Todo el proceso tiene como protagonista principal al representante del paciente, que es quien debe recibir la información adecuada, actuar voluntariamente y ser capaz. Ello no obsta para que los pacientes incapaces sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de modo adecuado a su grado