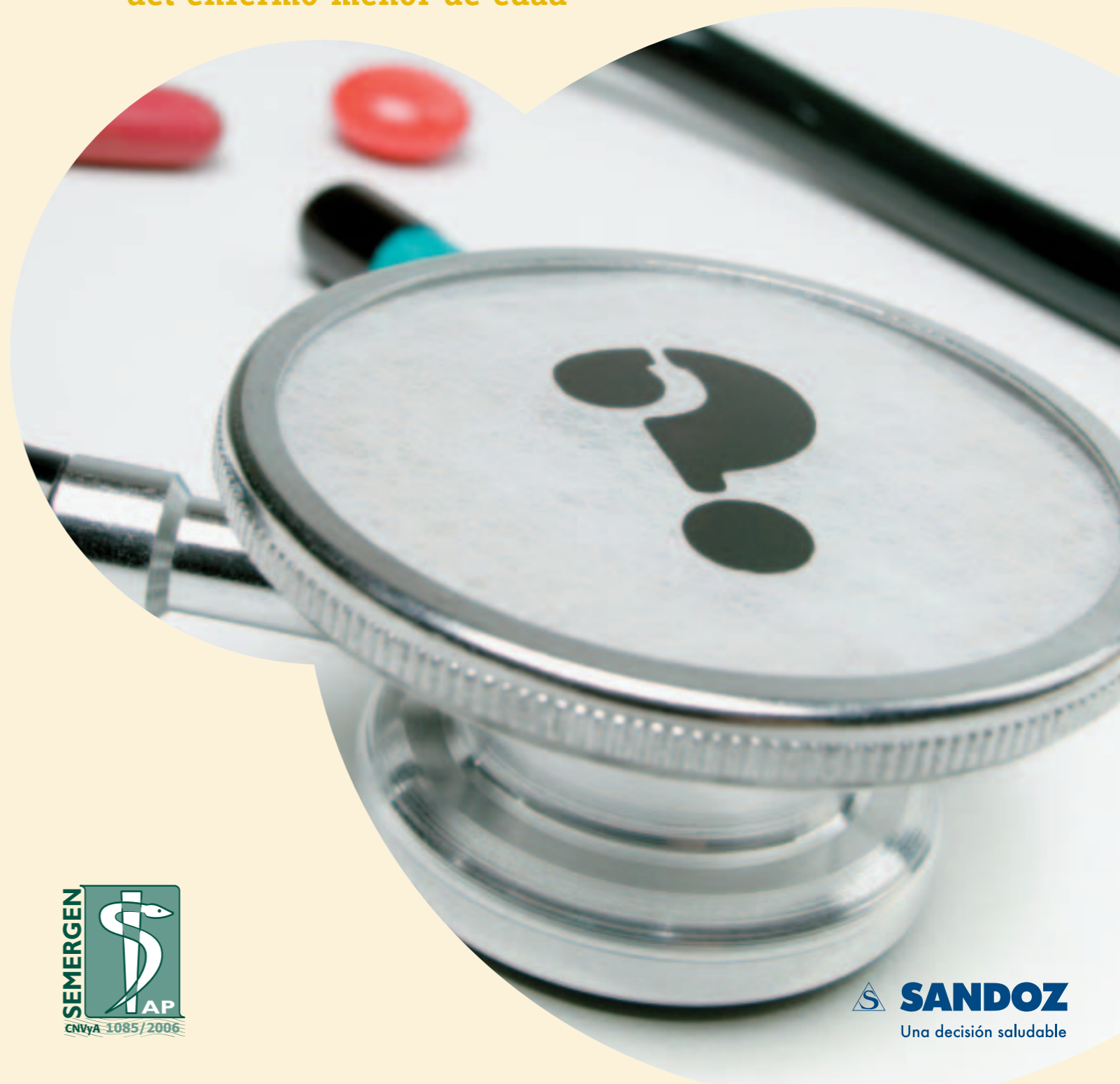


MEDICINA LEGAL Y DEONTOLOGÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Problemas deontológicos y forenses
del enfermo menor de edad



 **SANDOZ**

Una decisión saludable

Sandoz Farmacéutica, S.A.
Centro Empresarial Osa Mayor
Av. Osa Mayor 4, Área D
28023 Aravaca - Madrid
Tel. 902 11 87 61

www.webgenericos.com

a Novartis company



 **SANDOZ**
Una decisión saludable

05

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

MEDICINA LEGAL Y DEONTOLOGÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Problemas deontológicos y forenses del enfermo menor de edad

Autores:

ANTONIO HIDALGO CARBALLAL
Médico forense

ANA DE SANTIAGO NOCITO
Médico de Atención Primaria

JULIA GONZÁLEZ PERNÍA
Jurista

 **SANDOZ**
Una decisión saludable



Actividad acreditada por la Comisión
de Formación Continuada del MSyC con **3,5 créditos**
(para todo el curso)




© International Marketing & Communication, S.A.
Alberto Alcocer, 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73
imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-690-4135-2
Depósito legal: M-8195-2007

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ÍNDICE GENERAL

MÓDULO 1

El facultativo, la deontología y la ley

- Atención Primaria, Código de Ética Médica y Código Penal
- Auxilio médico asistencial a la Administración de Justicia
- Responsabilidad profesional médica

MÓDULO 2

Binomio derecho-deber en la relación médico-paciente

- Ley reguladora de la autonomía del paciente. Introducción
- Derecho a la información
- Derecho a la participación
- Derecho a la confidencialidad
- Deberes del enfermo. Violencia en la consulta

MÓDULO 3

Información clínica escrita y documentación médico-legal

- Documentos médico-legales. Introducción
- Historias clínicas
- Partes médicos. Parte de alta médica. Parte judicial de lesiones
- Certificados médicos

MÓDULO 4

Incidencias médico-legales urgentes

- Agresiones a la mujer
- Atentados contra la integridad sexual
- Aborto clandestino
- Internamiento psiquiátrico involuntario
- Cadáveres judiciales

MÓDULO 5

Problemas deontológicos y forenses del enfermo menor de edad

- Derechos y deberes del menor ante la Medicina española
- Maltrato a la infancia

ÍNDICE

Presentaciones	5-7
Derechos y deberes del menor ante la medicina española	9
Maltrato a la infancia	13
Test	21

PRESENTACIÓN

La Atención Primaria está plagada de situaciones clínicas diversas donde la pericia y el buen hacer del profesional son fundamentales para la correcta consecución de las acciones. Todas las acciones médicas, debido a la trascendencia no sólo sanitaria y personal, sino incluso social y legal que tienen, deben ser resueltas con las garantías legales adecuadas de acorde con el derecho sanitario, los principios deontológicos de la profesión y los valores profesionales de la misma; por todo ello, la formación en áreas de conocimiento importantes, como la Medicina legal, la Deontología y la Bioética, es de vital importancia para el correcto desarrollo de la profesión médica. Sin embargo, sorprende contemplar que pocas horas lectivas se dedican a estas materias, no sólo en el pregrado, sino durante la residencia y en los programas curriculares de los profesionales en ejercicio.

El curso de Medicina legal viene a cubrir un hueco fundamental donde los profesionales jóvenes, por desconocimiento, y los veteranos, por una práctica en muchos casos viciada, acometen acciones que no son del todo correctas desde la perspectiva del Derecho sanitario. Temas de gran importancia y aplicación clínica práctica, como la responsabilidad médica, la ley de autonomía del paciente, la receta, los documentos oficiales de la consulta, el secreto profesional, la objeción de conciencia y muchos más, son tratados con rigor y a la vez con simplicidad y pragmatismo. Por todo ello, este curso es de gran interés, tanto para los residentes de Medicina de familia como para los médicos ya formados que tenemos que revisar conceptos y actuaciones.

Julio Zarco Rodríguez
Presidente Nacional de SEMERGEN

PRESENTACIÓN

Uno de los aspectos más temidos, por desconocidos, de la práctica clínica asistencial es el relativo al contacto del médico con la Administración de Justicia en las distintas ramas del Derecho.

La adecuada sistemática de trabajo en relación a los aspectos legales de la asistencia sanitaria requiere un conocimiento básico de aquellos elementos instrumentales que le resulten útiles al médico para solucionar las diferentes cuestiones que pudieran plantearse en este campo.

Clásicamente, dentro de los diferentes programas formativos de la Licenciatura en Medicina y Cirugía, la ciencia legal y forense ha quedado dedicada al aspecto más teórico y clásico de la misma (ahorcaduras, intoxicaciones por metales pesados...), derivándose de ello una importante limitación en relación a su aplicación a la actividad sanitaria diaria y la subsiguiente falta de interés por parte del facultativo.

La realidad actual nos muestra una situación totalmente contraria, poniéndose de manifiesto constantemente la estrecha relación existente entre el Derecho y la Medicina, entre los juzgados y los médicos, quienes en no pocas ocasiones se constituyen en verdaderos auxiliares necesarios de la Administración de Justicia en temas tan numerosos y variados como la emisión de partes de lesiones y otros documentos médico-legales, los internamientos psiquiátricos involuntarios, la atención a detenidos en dependencias policiales, la violencia contra la mujer, el niño y el anciano, los fallecimientos en circunstancias particulares, etc.

El médico asistencial, como primer conocedor de sucesos tan variados como los expuestos, adquiere un papel relevante e importantísimo en la adecuada resolución de éstos, convirtiéndose así en el inicial comunicador de los mismos al juzgador, haciéndose imprescindible tener unas nociones básicas, claras y concretas en cuanto a los matices forenses y éticos implicados que le permitan establecer una comunicación fluida con los diferentes profesionales involucrados, actuando con seguridad y decisión, mostrándose competente y prudente, utilizando racionalmente los recursos personales y materiales disponibles, evitando dilaciones innecesarias tanto en Sanidad como en Justicia, incluyendo, en definitiva, la deliberación legal y ética en la clínica.

Esta rama del saber se extiende así más allá de la típica actuación del médico forense en relación a la Tanatología, quedando patente la implicación de la Medicina asistencial en los Tribunales y el necesario entendimiento entre aquél y los médicos de Atención Primaria en cuanto al trabajo en equipo que de manera indefectible habrá de realizarse en ciertos supuestos en los que igualmente intervendrán jueces, fiscales, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Asuntos Sociales y otros.

El presente curso tiene como objetivo primario responder a las cuestiones de índole legal y deontológico que más frecuentemente se plantean en la consulta diaria de Atención Primaria, estableciendo las pautas de actuación indicadas al caso en función del marco normativo aplicable y las estrategias de abordaje que resulten útiles según la situación concreta, afianzando la actuación del profesional, evitándose con ello conductas inadecuadas de las cuales pudiera derivarse algún tipo de responsabilidad, siendo precisamente éste uno de los principales motivos del rechazo inicial que la Medicina legal y forense provoca en el colectivo sanitario.

Derechos y deberes del menor ante la medicina española

Una de las primeras normativas internacionales de protección de los derechos del menor es la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño en 1924.

En ella se recogen los derechos de asistencia en la subsistencia, de socorro en primera instancia y de educación.

En 1948, la Declaración Internacional de Derechos Humanos amplía estos derechos a cuidados y asistencias especiales según su edad.

La Declaración de los Derechos del Niño en 1959 introduce el concepto de “una infancia feliz”, estableciendo como norma de actuación el respecto al “interés superior del menor”.

La Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas en 1989, ratificada por España en noviembre de 1990 e incorporada al ordenamiento jurídico añade estos derechos, tanto los materiales como los espirituales, como plenos.

En la normativa europea cabe destacar dos textos básicos: la Carta Europea de los Derechos del Niño, aprobada por resolución del Parlamento Europeo en 1992, que establece normas para garantizar a los menores un ámbito jurídico de libertad y autonomía para garantizar su formación como personas libres, participativas y comprometidas socialmente.

En su artículo 23 refiere que: *“Los niños tienen derecho para su bienestar a la protección y a los cuidados necesarios. Podrán expresar su opinión libremente. Ésta será tomada en cuenta en relación con los asuntos que les afecten, en función de su edad y de su madurez”*.

Pese a ello es el primer documento de ámbito internacional en el que define el rango de edad del menor, el de menos de 18 años, *“salvo que éste en virtud de la legislación nacional que le sea aplicable haya alcanzado con anterioridad la mayoría de edad”*.

La Constitución europea legisla también en el sentido de autonomía, aunque no profundiza en los problemas de protección jurídica del menor.

El Diccionario de la Real Academia Española define la mayoría de edad como la que *“según la ley ha de tener una persona para poder disponer de sí, gobernar su hacienda, etc.”*.

La Constitución española, en el Capítulo Primero, artículo 11, define que: *“Los españoles son mayores de edad a los dieciocho años”*.

Esto supone que los derechos y deberes derivados del hecho de ser ciudadano español son plenos al cumplir esa edad.

Ese principio genérico es modulado en la legislación posterior para algunos supuestos. Por ejemplo, la capacidad para trabajar y obtener por ello un salario queda regulada por la ley de modo que se adquiere a partir de los 16 años.

Ésa es también la edad en la que se es capaz para aceptar o rechazar una herencia y, como norma general, la edad para consentir.

Esta progresiva consecución de los derechos obtenidos en la mayoría de edad queda plasmada en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En ella reformula la estructura del derecho a la protección de la infancia vigente en España y en la mayoría de los países desarrollados desde finales del siglo XX, y consiste en el reconocimiento de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos.

Considera a las personas menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social; de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás.

En materia sanitaria estos conceptos quedan reflejados en la Ley 41/2002, “Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”.

En el módulo 2 del presente curso profundizamos en la Ley de Auto-

nomía del Paciente. Entonces vimos que, en virtud de la mayor autonomía personal, el derecho a ser informado lo tienen todas las personas, sea cual sea su edad y su capacidad cognitiva.

El médico ha de acomodar la información a las posibilidades de entendimiento del paciente.

La capacidad de consentir en materia de salud se reconoce a partir de los 16 años.

Se considera que los niños menores de 12 años no poseen capacidad suficiente para comprender y decidir sobre su salud.

Queda delimitada con ello una franja de edad entre los 12 y los 16 años correspondiente en determinados supuestos específicos al denominado "menor maduro", que es el capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance del acto médico.

En este caso es responsabilidad del médico determinar en cada situación concreta la capacidad de decisión y dejar constancia de ello en la historia clínica.

Recordemos también que se acepta como excepción casos en los que la materia a tratar sea la interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de técnicas de reproducción humana asistida y para la práctica de ensayos clínicos.

En estos casos rige la mayoría de edad que dicta la Constitución española, los 18 años.

Antes de esa edad el menor ha de ser informado pero el consentimiento lo otorgarán los padres o los tutores legales.

En los casos en los que el menor sea considerado como maduro, será él a quien se dirija la información y, si él así lo desea, el médico está sujeto a secreto con respecto a los padres.

Con todo ello consideramos menor en España en cuestiones de materia sanitaria al que tiene menos de 16 años.

Sin embargo, al enfocar este capítulo de manejo del maltrato infantil, hemos de considerar objeto de protección del niño aun antes de su nacimiento.

Se define maltrato prenatal las circunstancias de la vida de la madre que influyen negativamente en el embarazo repercutiendo en el feto y en las que existe voluntariedad: hábitos tóxicos, embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal...

Así, es objeto de protección el menor desde -0,9 a los 16 años.

La Constitución española establece el derecho a la vida y a la integridad física y moral en el artículo 15, a la educación en el 27, a la salud en el 43.

En el Capítulo III del Título I, el artículo 39 legisla sobre los garantías de estos derechos para los menores: "Los poderes públicos asegurarán, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley, con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante

su minoría de edad y en los demás casos que legalmente se proceda.

Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos".

Todo ello dicta, pues, que el derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la educación y a la salud han de ser procurados por los padres y han de ser garantizados por los poderes públicos.

Ante la sospecha de vulneración de estos derechos el Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales nos hace reflexionar sobre los criterios básicos de intervención que resumimos en la tabla 1.

En ellos, según dictamina la Ley de Protección al Menor, se hace hincapié en las actividades preventivas y reparadoras, se reconoce que el medio para el mejor desarrollo del menor es su familia y en la obligación de los poderes públicos de fomentar y proteger a los padres para que puedan ejercer su derecho y obligación de educación del menor.

Según dicha ley: "Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que, por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise".

Esto incluye no sólo situaciones de riesgo sanitario, sino también ausencias en la escolarización. "En las actuaciones se evitará toda interferencia innecesaria en la vida del menor".

Tabla 1**Criterios de intervención ante la sospecha de maltrato infantil**

Modificado de "Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones. Madrid 2006.

- a) Los niños tienen derecho a que sus necesidades básicas sean cubiertas. La familia, la escuela, los servicios sociales, sanitarios... y los adultos en general son los responsables de que los niños puedan vivir en condiciones que les permitan satisfacer sus necesidades.
- b) Las instituciones y los servicios no deben estar únicamente en función de que se produzcan graves carencias, sino que son responsables de que los niños desarrollen sus mejores posibilidades.
- c) Los niños están especialmente indefensos y necesitados, no pudiendo proporcionarse a sí mismos las respuestas más adecuadas a sus necesidades ni protegerse de todos los riesgos.
- d) La familia es la institución que mejor puede responder a algunas necesidades básicas y proteger a los niños.
- e) La familia por sí sola no puede satisfacer todas las necesidades de los niños. La escuela, los servicios sanitarios, sociales... deben responder a las necesidades básicas de los niños propias de su competencia de forma complementaria con la familia.
- f) Cuando los padres son incapaces o no desean proteger a sus hijos de situaciones abusivas o son ellos mismos los agentes de maltrato, la comunidad debe intervenir para proteger a los menores.
- g) Cuando los niños sufren carencias y riesgos que amenazan su adecuado desarrollo, todos los adultos e instituciones públicas tienen el deber de denunciarlo y ofrecer las ayudas o peticiones de ayuda que sean más eficaces.
- h) Las instituciones y servicios públicos con competencia en protección infantil son el contexto al que la comunidad suele recurrir para proteger a los niños y que vivan en condiciones de desarrollo adecuadas.
- i) Los menores sobre los que sea necesario tomar medidas de protección tienen derecho a un plan que prioritariamente debe hacer lo posible para mantenerlos o integrarlos después de un tiempo (siempre el más corto posible) en la familia.
- j) El interés superior del menor debe de ser el principio en que estén basadas las tomas de decisión.
- k) La oferta que la comunidad haga a los menores que han tenido que ser separados de la familia (padres acogedores, responsables de un centro, propios responsables de los servicios de protección infantil) tiene que satisfacer mejor sus necesidades de lo que estaba haciendo su familia de origen.
- l) El plan de actuación debe contemplar la mayor colaboración posible de los padres y del propio menor.
- m) La mejor forma de proteger a los niños del maltrato es ayudar a sus padres o cuidadores a que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y de cuidado de los hijos.
- n) Los padres afectados por medidas de protección deben recibir ayudas que faciliten su colaboración, debiendo mantenerse el mayor contacto posible con los padres y entre los padres y los hijos, salvo indicación específica por entrañar graves desventajas para el menor.
- o) En caso de separación definitiva debe proporcionarse al niño las condiciones para establecer otros vínculos de apego estables, ya sea a través de la adopción o de acogimiento permanentes.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Convección de Derechos del Niño de Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989. Carta Europea de los Derechos del Niño.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

"Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones. Madrid 2006.

Maltrato a la infancia

Continuando con el planteamiento ya adelantado en el tema anterior, la violencia, la utilización de la fuerza física o la coacción contra otra persona se torna más terrible, más deleznable y más execrable cuando la víctima de esta conducta se encuentra en grupos poblacionales especialmente vulnerables en virtud de su edad, tal como es el caso que ahora nos ocupa.

Los menores, hasta una determinada edad, necesitan indefectiblemente el cuidado de una tercera persona para su subsistencia, dependiendo en mayor o menor medida de su cuidador, generalmente los propios padres, quien en no pocas ocasiones asume, por acción o por omisión, el papel de maltratador valiéndose de esta superioridad innegable.

Si bien es cierto que durante la minoría de edad (mayoría de edad establecida a los 18 años; **Constitución española, artículo 12; Código Civil, artículo 315**), son los padres los que ostentan la patria potestad (conjunto de derechos y deberes que conforme a la ley tiene los padres sobre sus hijos menores no emancipados), quienes tienen la representación legal de sus hijos (**Código Civil, artículo 162**), también lo es que esta capacidad que se ejercerá siempre en beneficio de los hijos (**Código Civil, artículo 154**), no es ilimitada, exceptuándose de la misma, según los **puntos 1 y 2 de aquel artículo 162**, los “actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo,

y aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo” (tabla 2).

El respeto y la agresión al niño son parte de la ambivalencia de las relaciones intergeneracionales de todos los tiempos.

El estudio completo de esta realidad exige realizar una valoración ecosistémica, en la que se asuma que este tipo de maltrato es la expresión de una disfunción en el ambiente parentofamiliar-ambiente-cultura.

Los cambios sociales y económicos acaecidos en los países desarrollados han contribuido a debilitar, y a menudo a destruir, las redes familiares y comunitarias que en otras épocas habían servido de apoyo a la generación mayor.

Mientras que antiguamente la familia representaba un grupo compacto y autosuficiente en el que los más mayores cuidaban de los más pequeños y éstos a su vez en el futuro se ocupaban de sus antecesores, en la actualidad han surgido importantes transformaciones en el modelo familiar y en los valores tradicionales que

Tabla 2

Código Civil

Art. 154

«Los hijos no emancipados están bajo la potestad del padre y de la madre.

La patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y comprende los siguientes deberes y facultades:

1. Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.

2. Representarlos y administrar sus bienes.

Si los hijos tuvieren suficiente juicio deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten.

Los padres podrán en el ejercicio de su potestad recabar el auxilio de la autoridad. Podrán también corregir razonable y moderadamente a los hijos».

Art. 162

«Los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados.

Se exceptúan:

1. Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo.

2. Aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo.

3. Los relativos a bienes que estén excluidos de la administración de los padres.

Para celebrar contratos que obliguen al hijo a realizar prestaciones personales se requiere el previo consentimiento de éste si tuviere suficiente juicio, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 158».

Art. 315

«La mayor edad empieza a los dieciocho años cumplidos.

Para el cómputo de los años de la mayoría de edad se incluirá completo el día del nacimiento»

han favorecido un cambio de actitud hacia los niños, proporcionando un sustrato adecuado a su maltrato en el ámbito tanto doméstico como institucional.

El modo de vida actual conlleva graves problemas para la integración del menor y del mayor en la familia, generándose dos tipos de riesgo específico representado por el abandono y el maltrato propiamente dicho.

La violencia intrafamiliar constituye un gravísimo atentado contra los derechos más fundamentales, y a la par un serio problema social, cuya erradicación requiere y exige la involucración e implicación de todos aquellos que de una u otra manera conozcan del caso, siendo precisamente, una vez más, el médico uno de los estamentos más frecuentemente involucrado en estas premisas.

Y una vez más no podemos dejar de matizar no sólo la obligación legal del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal: *“Aquellos que por razón de su cargo, profesión u oficio, tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente”*, sino también la Deontológico del artículo 30.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la OMC del año 1999: *“El médico, en su práctica profesional, jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos, a la autoridad competente”*.

Recordemos que su artículo 4.1 matizaba que. *“La profesión médica*

está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico”.

Y que la propia Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias, recoge en su artículo 4.5 la importancia de respetar los dictados éticos y morales: *“Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normopraxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión”*.

La Constitución española de 1978, recoge en su Capítulo II (Derechos y Libertades), Sección 1ª, los Derechos Fundamentales y las Libertades Públicas, estableciéndose en el artículo 15 que *“todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”*.

Las agresiones (pasivas y activas, institucionales y domiciliarias) contra los niños han pasado de ser un problema de bienestar social a considerarse una cuestión vinculada a la infancia y al envejecimiento y la salud pública, con importantes repercusiones penales.

La perspectiva jurídico-forense, con un fin eminentemente didáctico, siempre ha comparado la violencia contra los menores con las agresiones al anciano, en base a considerar su edad como un factor de riesgo

para sufrir cualquier tipo de violencia, convirtiéndose en verdad en las víctimas silenciosas, y muchas veces olvidadas, de todo tipo de abusos y vejaciones.

La realidad del maltrato, en sentido abstracto y general, se caracteriza por su dificultad de **definición** precisa, por su pluralidad conceptual, derivada de la multitud de escenarios en que puede desarrollarse (domicilio, institución, comunidad...), su tipología lesiva (físico, psíquico, económico...), los factores de riesgo (de la víctima, del cuidador...), los indicadores de alerta, las teorías etiológicas, los instrumentos de evaluación y las percepciones culturales y étnicas.

La conceptualización del Centro Internacional de la Infancia de París, la violencia dirigida a los menores de edad, englobaría *“cualquier acto, por acción u omisión, realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto, y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia, que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes, o que dificulten su óptimo desarrollo”*.

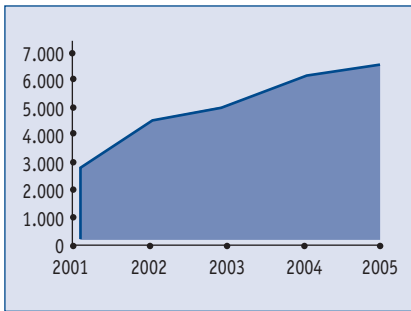
Es decir, toda manifestación de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido, explotación o trato negligente del que fuere objeto el niño mientras se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona o institución que lo tenga a su cargo.

Si bien **epidemiológicamente** no puede ser equiparado al problema de la violencia de género, desde el ámbito jurídico, de los servicios sociales y la atención sanitaria se debe realizar un esfuerzo para lograr

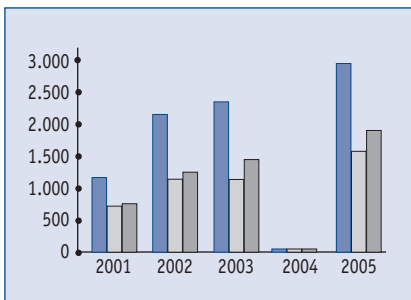
un adecuado despistaje de este tipo de casos que no suscitan una atención social y mediática tan intensa y constante.

Una de los estudios más fiables y útiles de las muchos existentes, es el publicado por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, el cual presenta total validez actual a pesar de su relativa antigüedad (informe retrospectivo desde el año 2001 al 2005).

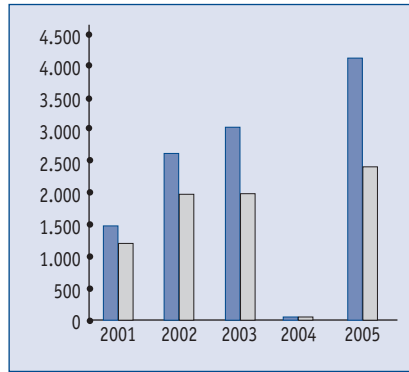
*Se estima que el maltrato infantil ha aumentado en un 146,29%.



	2001	2002	2003	2004	2005	Variac. 01-05
	2.614	4.506	4.944	5.995	6.438	146,29%



	2001	2002	2003	2004	2005	Variac. 01-05
0<13 años	1.162	2.147	2.356	-	2.960	154,73%
13 a 15 años	704	1.129	1.143	-	1.563	122,02%
16 y 17 años	748	1.230	1.445	-	1.915	156,02%
Total menores	2.614	4.506	4.944	-	6.438	146,29%



	2001	2002	2003	2004	2005	Variac. 01-05
Niñas	1.440	2.569	2.985	-	4.077	183,13%
Niños	1.174	1.937	1.959	-	2.361	101,11%

Si bien pudiere resultar lógico, el considerar que esta cuestión siempre ha preocupado a la humanidad, teniendo en cuenta que sus niños son el germen presente del futuro venidero, de quienes dependerá en gran medida el bienestar de sus mayores, muy al contrario, ha sido una constante histórica su aceptación como instrumento de educación, no siendo hasta bien entrado el siglo XIX, cuando en el Londres del año 1896 la acción protectora de la Beneficencia Social amplió a los menores la cobertura de protección destinada hasta entonces a los animales.

Escasamente treinta años antes, en 1860, Ambrosio Tardieu había publicado un artículo científico describiendo lesiones particulares halladas en infantes de corta edad, que no provocó reacción social alguna de importancia.

A pesar de esta primera toma de conciencia respecto de la necesidad de prestar el debido cuidado a los niños, hubo que esperar hasta

la década de 1940 para asistir a la documentación más pormenorizada de los primeros casos relevantes a efectos institucionales, siendo en este momento cuando, en 1946, el radiólogo John Caffey describió la asociación, de etiología no justificada, entre fracturas múltiples y hematomas subdurales en niños cuyos padres no ofrecían una explicación coherente.

En 1966, tras veinte años de variados y diferentes estudios sobre la materia, Silverman y Kempe asocian a aquella combinación de lesiones óseas e intracraneales la intencionalidad en su producción por parte de un adulto, acuñando por primera vez el gráfico término de "battered children" (niños pateados).

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, ya apuntaba en su exposición de motivos que "las transformaciones sociales y culturales operadas en nuestra sociedad han provocado un cambio del estatus social del niño y como consecuencia de ello se ha dado un nuevo enfoque a la construcción del edificio de los derechos humanos en la infancia.

Este enfoque reformula la estructura del derecho de protección de la infancia vigente en España y en la mayoría de los países desarrollados desde finales del siglo XIX, y consiste fundamentalmente en el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos.

El desarrollo legislativo posconstitucional refleja esta tendencia, introduciendo la condición de sujeto de derechos a las personas menores de edad.

Este concepto introduce la dimensión del desarrollo evolutivo en el ejercicio directo de sus derechos.

El ordenamiento jurídico, y esta ley en particular, va reflejando progresivamente una concepción de las personas menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social; de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás.

El conocimiento científico actual nos permite concluir que no existe una diferencia tajante entre las necesidades de protección y las necesidades relacionadas con la autonomía del sujeto, sino que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos. De esta manera podrán ir construyendo progresivamente una percepción de control acerca de su situación personal y de su proyección de futuro. Esta es la concepción del sujeto sobre la que descansa la presente ley: las necesidades de los menores como eje de sus derechos y de su protección”.

Dentro de los múltiples parámetros a estudiar en la **compartimentalización de las conductas violentas**, tomaremos como más representativos los tres siguientes:

- a) Intencionalidad del autor.
- b) Actitud del autor.
- c) Naturaleza de la acción.

a) Intencionalidad del autor:

- Consciente (Voluntario).
Con plena conciencia en la búsqueda del mal causado.

- Inconsciente (Involuntario).
Consecuencia de la ignorancia, la falta de experiencia o la sobrecarga del cuidador.

b) Actitud del autor:

- Por acción (Abuso).
Maltrato propiamente dicho.
- Por omisión (Abandono).
Actuación por descuido, apatía, falta de interés o diligencia.

c) Naturaleza de la acción:

- Física.
Todo acto que provoque lesiones, dolor corporal o pérdida de una función.
(Traumatismos, empujones, uso indebido de medidas de sujeción, falta de higiene, limitación de la alimentación).
(Como subtipo concreto, tendríamos la violencia de naturaleza sexual).
- Psíquica (Emocional).
Toda situación que vulnere la identidad y/o autoestima y determine sufrimiento, aflicción, angustia, malestar psíquico o emocional.
(Amenazas, gritos, insultos, culpabilización injustificada, indiferencia, falta de respeto, burlas, críticas, humillaciones, desprecios).
- Social.
Falta de atención para cubrir las necesidades de una persona, en relación a la vivienda, alimentación, higiene, vestido, educación, seguridad, vigilancia y relaciones familiares.

(Aislamiento respecto de familiares y amigos. Limitación de actividades recreativas y de ocio).

- Médica (Farmacológica).
Uso indebido de medicamentos, por exceso o por defecto, en base a la falta de cumplimiento terapéutico de lo indicado por el facultativo.

La tan debatida **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, no ha incluido dentro de sus preceptos a otras víctimas distintas de las pertenecientes al referido género femenino, no realizándose matización alguna en relación a las agresiones dirigidas en exclusiva contra los ancianos y los menores, habiendo quedado así claramente diferenciada la susodicha violencia de género (contra la mujer) de la violencia doméstica (resto de supuestos entre las personas contempladas en el artículo 173.2 del Código Penal) (tabla 3).

Con el fin de cumplir con las obligaciones más básicas desde la perspectiva moral, en lo tocante a la solidaridad social, la línea doctrinal contenida en toda la legislación se fundamenta en el sencillo planteamiento de que ante el conocimiento de un posible hecho delictivo, por cualquier persona, el mismo sea puesto en conocimiento de quien pudiere investigar lo ocurrido.

Este es el espíritu de la **Ley Orgánica 17/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil**, en cuyo **artículo 13** se recoge:

Tabla 3**Violencia de género**

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Exposición de motivos

«Violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de la libertad, respeto y capacidad de decisión».

Art. 1.1

«Manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia».

Violencia doméstica

Ley Orgánica 19/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Art. 173.2

«Violencia ejercida habitualmente sobre quien sea o haya sido su cónyuge, o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los **descendientes**, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentren sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados...».

1. *“Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que, por su profesión o función, detecten una situación de riesgo y de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”.*

2. *“Cualquier persona o autoridad que tenga conocimiento de que un menor no está escolarizado o no asiste al centro escolar de forma habitual y sin justificación durante el periodo obligatorio, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades públicas competentes, que adoptarán las medidas necesarias para su escolarización”.*

Nuestro **Código Penal** dedica precisamente su Título XII a los “Delitos contra las relaciones familiares”, siendo su Capítulo III el referente a los “Delitos contra los derechos y deberes familiares”, en cuya Sección 3ª (“Del abandono de familia, menores o incapaces”) su **artículo 226** tipifica:

1. *“El que dejare de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar o de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de sus descendientes, ascendientes o cónyuge que se hallen necesitados, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a 12 meses”.*

2. *“El Juez o Tribunal podrá imponer, motivadamente, al reo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar por tiempo de cuatro a diez años”.*

En lo tocante a la denuncia de este tipo de situaciones, el **artículo 228** establece que “los delitos previstos en los dos artículos anteriores, sólo se perseguirán previa denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. Cuando aquélla sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, también podrá denunciar el Ministerio Fiscal”.

Siguiendo con este importantísimo requerimiento, no podemos dejar de considerar que el **artículo 408** castiga el abandono de destino y la omisión del deber de perseguir delitos: “La autoridad o funcionario que faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de delitos de que tenga noticia o de sus responsables incurrirá en la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años”.

Igualmente, su **artículo 450** tipifica el delito de omisión del deber de perseguir delitos o de promover su persecución:

1. *“El que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos, salvo que al delito no impedido le correspondiera igual o menor pena, en cuyo caso se impondrá la pena inferior en grado a la de aquél”.*

2. *“En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito de los previs-*

tos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticia”.

El **abordaje** adecuado e íntegro del problema del menor agredido (en su sentido más amplio) se fundamenta en la coordinación y comunicación de todos los colectivos profesionales implicados, debiendo aplicarse el correspondiente y particular conocimiento en el campo de su detección temprana, solventarla y finalizarla.

Teniendo en cuenta que, al igual que ocurre con la violencia de género, la relación de dependencia respecto del agresor puede dificultar, cuando no anular por completo, la decisión de la víctima de denunciar su verdadera situación, se hace necesaria una historia clínica y social minuciosa, la repetición de la exploración si ello fuera preciso y la práctica de pruebas complementarias que puedan resultar de interés.

El menor maltratado puede sentirse culpable por denunciar la actuación de aquel a quien está supeditado en cuanto a su cuidado, mucho más si se trata de un familiar, silenciando el suceso por miedo a las represalias, por vergüenza, por creer que es merecedor del castigo o simplemente por pensar que nadie puede ayudarle.

El personal sanitario, el psicólogo, el trabajador social y cuantos trabajan con niños se convierten en los garantes de la verdad y en muchas ocasiones en los únicos conocedores de la situación real de la víctima, no debiendo silenciarla por causas tan variadas como el miedo a ofender al anciano, el hecho de conocer al cuidador, la creencia de que el

maltrato no es tema de su competencia, la convicción de que no se puede solventar el problema, o bien el no considerar dentro del diagnóstico diferencial de una lesión la posibilidad de la violencia doméstica.

Se exagera la necesidad de extremar las medidas de diagnóstico precoz en niños de tan corta edad que todavía no pueden manifestarse verbalmente.

Considerando, como ya hemos avanzado en otros temas previos, que la violencia es un verdadero problema de salud pública, y como tal fue valorado en la Resolución 49.2 de la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en 1996 en Melbourne, la **prevención** del mismo, desde la perspectiva, sanitaria, psicológica, educativa y social, buscará garantizar la seguridad de la víctima, provocando la menor disfunción en la relación familiar.

Se trata por lo tanto de identificar los denominados factores de riesgo existentes, con el fin de interrumpir el mantenimiento de la situación de peligro presente y de maltrato futuro.

Los mismos pueden clasificarse en tres grupos, según exponemos en la tabla 4.

El **seguimiento** del niño en quien se identifican estos factores de riesgo, la actualización periódica de la información recopilada, es la medida que resulta más indicada para evitar su victimización futura.

Actuar de otra manera más intensa a nivel social o legal en esta primera fase del problema, en la cual toda-

Tabla 4

Prevención. Identificación de factores de riesgo

Víctima

Niño@

- Hijo no deseado.
- Peculiaridades que no satisfacen las expectativas de los padres: sexo, enfermedades...
- Demandante.
- Desobediente.
- Difícil de educar.
- Alto nivel de actividad motora.

Cuidador

Padres

- Adolescentes (inmadurez para asumir la paternidad).
- Monoparental.
- Patología psiquiátrica.
- Consumo de tóxicos.
- Sobrecarga física y/o emocional.

Hijos/otros

- Cuidador único.
- Patología psiquiátrica.
- Consumo de tóxicos.
- Sobrecarga física y/o emocional.

Ambiente

Social

- Problemas económicos (bajo nivel sociocultural).
- Problemas laborales (desempleo).
- Vivienda compartida.
- Actitudes negativas hacia la paternidad/maternidad.

Familiar

- Antecedentes de violencia doméstica o de género (madres víctimas: despistaje pediátrico sistemático).
- Falta de apoyo externo.
- Frecuencia de críticas, humillaciones, discusiones.
- Métodos de disciplina estrictos.
- Prácticas de castigos corporales.

Institucional

- Desequilibrio oferta/demanda en plazas de centros infantiles.
- Insatisfacción laboral del trabajador.

vía no se ha producido el primer episodio de violencia dirigida contra ellos, puede determinar la pérdida de la necesaria confianza que ha de presidir la relación profesional ante sospechas injustificadas, pudiendo provocar a la vez el comienzo de investigaciones y acciones judiciales dirigidas contra el cuidador en casos no reales.

En el campo médico, y más concretamente en Atención Primaria, la inclusión en la historia clínica de preguntas encaminadas a conocer la existencia de estos factores ha sido objeto de intenso debate en virtud de los más recientes protocolos publicados por el Ministerio de Sanidad en el tema de la violencia machista y, por extensión, a la victimización de menores y también de los mayores.

Si bien en el último de ellos (abril de 2007), "Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género de la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud (*"como señala la Organización Mundial de la Salud en su informe violencia contra las mujeres, no tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte". "Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas"*), en los anteriores no se consideraba este aspecto de una manera tan directa.

En cualquier caso, resulta del todo innegable que, en determinado colectivo de pacientes, el tratar estas cuestiones de una manera excesivamente abierta puede tener más inconvenientes que ventajas, según lo ya referido en cuanto a la desvirtuación de la deseable relación profesional, que en determinados supuestos específicos pudiere ser del todo imprescindible cuando el maltratador fuere uno de los progenitores, siendo el otro quien acudiere al recurso sanitario con el niño agredido (Ejemplo: mujer maltratada en quien sospechamos victimización secundaria respecto de los hijos).

Resultará más recomendable, y sobre todo más operativo y funcional, comenzar de manera inicial con cuestiones generales, para posteriormente introducir preguntas sobre aspectos más concretos, pudiendo para ello utilizarse algunas de las que la "Canadian Task Force" de la American Medical Association ha definido como preguntas facilitadoras que proponemos en la tabla 5.

La **sensibilización** de profesionales, cuidadores y padres resulta básica en la consecución de un correcto tratamiento de la situación sociofamiliar de riesgo, según se recoge en la tabla 6.

La repetición en el tiempo del contacto con el niño bien sea por parte de profesores, en la consulta médica, en la valoración psicológica del colegio, mediante la intervención de los Servicios Sociales por motivos distintos, es decir la simple observación continuada, posibilitará la detección precoz de indicadores de sospecha, signos de alerta, que permitan desenmascarar la existencia

Tabla 5

Canadian Task Force (Despistaje de violencia doméstica)

Bloque 1°

- ¿Cómo van las cosas con su familia?
- ¿Tiene algún problema con ellos?

Bloque 2°

- ¿Se encuentra bien en su hogar?
- ¿Está cómodo en su casa?
- ¿Es feliz con su familia?

Bloque 3°

- ¿Alguna vez alguien en su casa le ha regañado o amenazado?
- ¿Discute con frecuencia con algún miembro de su familia?

Bloque 4°

- ¿Tiene miedo a alguien de su casa?

Bloque 5°

- ¿Alguien en su casa le ha pegado o golpeado?
- ¿Le han tocado sin su consentimiento?

Tabla 6

Sensibilización profesional/familiar/social

- Involucrar a los profesionales en la formación continuada (incluyendo a los cuidadores).
- Prevenir embarazos en adolescentes.
- Incrementar las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos y en las relaciones educativas y afectivas.
- Intervenir en las "escuelas de padres" u otros centros comunitarios promoviendo valores de estima hacia la infancia y la paternidad.
- Informar a las familias y otros cuidadores de los recursos institucionales existentes (psicológicos, sociales, laborales, económicos).
- Coordinación multidisciplinar ante situaciones de riesgo.

pasada y presente del maltrato, para evitar la evolución del suceso (tabla 7).

Si la vida del maltratado estuviera en peligro, se impone la actuación urgente, siendo el ingreso hospitalario una estrategia adecuada para disponer del tiempo necesario para estructurar el futuro plan de acción.

Siguiendo el magnífico planteamiento de Barudy. *“En relación a las conductas violentas, en las dinámicas relacionales propias de las agresiones domésticas siempre se requieren tres grupos de personajes, los represores, las víctimas y un tercero constituido por los instigadores, los cómplices y los pasivos, los indiferentes, los que no quieren saber, o sabiendo no hacen nada para oponerse a estas situaciones o tratar de contribuir a su cambio”.*

Buscando no incluirnos nunca en los dos primeros, nuestra posición profesional, el privilegio y la responsabilidad que conlleva nos impide claramente considerarnos, si quiera teóricamente, en el tercero...

El derecho a la vivencia de la infancia ha de ser protegida...

Tabla 7

Indicadores de sospecha

- Menor o persona mayor afecto de deficiencias funcionales, que acude solo a la consulta médica.
- Falta de correlación entre el relato del incidente y la entidad de la lesión (minimización de la importancia del suceso).
- Retraso en la solicitud de la asistencia.
- Lesiones en distintos estadios evolutivos (habitualidad).
- Frecuencia exacerbada de accidentes o ingresos hospitalarios.
- Cambio habitual de médico o de centro social.
- Anulación de citas.
- Intentos autolíticos.
- Depresión.
- Quejas psicósomáticas repetidas.
- Visitas reiteradas al Centro de Salud/Social por motivos cambiantes (hiperfrecuentación).
- Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados.
- Mala evolución de las lesiones tras aplicación de medidas correctas.
- Desnutrición.
- Deshidratación.
- Marcada falta de higiene.
- Inadecuación del vestido en función de la climatología.
- Discordancia entre el lenguaje verbal y no verbal.
- Cansancio o apatía constantes.
- Cambios en la conducta escolar sin motivo aparente.
- Actitud hipervigilante (temeroso, asustado).
- Niño que evita ir a casa (permanecen en la escuela, parques...).
- Inasistencia al colegio de manera persistente.
- Regresión conductual (infantilismo).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Constitución española.

Código Civil.

Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Código de Ética y Deontología Médica de la OMC.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Ley Orgánica 19/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género de la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud.

Test

1. La primera norma legal referente a la protección especial de los menores fue:
 - a) Declaración de los Derechos del Niño.
 - b) Declaración Internacional de Derechos Humanos.
 - c) Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño.
 - d) Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas.
2. La norma europea que reconoce a los menores un ámbito jurídico de libertad y autonomía es:
 - a) Declaración de los Derechos del Niño.
 - b) Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas.
 - c) Constitución europea.
 - d) arta Europea de los Derechos del Niño.
3. La progresiva consecución de los derechos obtenidos en la mayoría de edad queda plasmada en:
 - a) Constitución española, artículo 11.
 - b) Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño de 1948.
 - c) Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
4. La norma legal sanitaria que recoge las premisas específicas del enfermo menor de edad es:
 - a) La Constitución de 1978.
 - b) La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
 - c) Las respuestas b y c son correctas.
 - d) La Ley 41/2002, "Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica".
5. La mayoría de edad sanitaria se establece a los:
 - a) 16 años.
 - b) 12 años.
 - c) 18 años.
 - d) 15 años.
6. La teoría del denominado "menor maduro" abarca la franja de edad comprendida entre:
 - a) 16 a 18 años.
 - b) 12 a 16 años.
 - c) 12 a 15 años.
 - d) 15 a 18 años.
7. El deber de confidencialidad en un menor maduro queda limitado por:
 - a) La obligación de informar a lo padres o representantes legales.
 - b) La patria potestad.
 - c) Las respuestas a y b son correctas.
 - d) El riesgo de la intervención a que se someta al menor.
8. Se define el maltrato prenatal como:
 - a) Sinónimo de aborto clandestino.
 - b) Sinónimo de interrupción ilegal del embarazo.
 - c) El conjunto de circunstancias de la vida de la madre que influyen negativamente en el embarazo repercutiendo en el feto y en las que existe voluntariedad.
 - d) Las respuestas a y b son correctas.
9. La Constitución española de 1978, recoge el deber de los poderes públicos de velar por los intereses de los menores de edad:
 - a) Cierto, pero limitado al derecho a la educación.
 - b) Cierto en cuanto a la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley, con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil.
 - c) Cierto en cuanto al derecho a la salud.
 - d) Cierto en relación al derecho a la vida.
10. Según las premisas del Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales:
 - a) Los niños tienen derecho a que sus necesidades básicas sean cubiertas por la familia, la escuela, los servicios sociales, sanitarios...
 - b) Las instituciones y los servicios no deben de estar únicamente en función de que se produzcan graves carencias, sino que son respon-

- sables de que los niños desarrollen sus mejores posibilidades.
- c) El interés superior del menor debe de ser el principio en que estén basadas las tomas de decisión.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
11. Se excluyen de los límites de la patria potestad:
- a) Aquellos actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez pueda realizar por sí mismo.
- b) Las decisiones de los padres que perjudiquen gravemente a sus hijos.
- c) Las decisiones de uno de los cónyuges que se oponga a la voluntad del otro.
- d) Las respuestas a y b son correctas.
12. La patria potestad comprende los siguientes deberes respecto de los hijos:
- a) Velar por ellos.
- b) Representarlos y administrar sus bienes.
- c) Procurarles una formación integral
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
13. Se exceptúa de la representación legal de los hijos no emancipados:
- a) Los actos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo.
- b) Los relativos a bienes que estén excluidos de la administración de los padres.
- c) Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo.
- d) Todas las respuestas anteriores con correctas.
14. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias, recoge en su artículo 4.5 la importancia de respetar los dictados éticos y morales:
- a) Cierto.
- b) Falso.
- c) Cierto pero limitado al ámbito público.
- d) Cierto pero limitado a las profesiones sanitarias tituladas.
15. La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, apunta que:
- a) Las transformaciones sociales y culturales operadas en nuestra sociedad han provocado un cambio del estatus social del niño.
- b) El desarrollo legislativo posconstitucional refleja esta tendencia, introduciendo la condición de sujeto de derechos a las personas menores de edad.
- c) Las respuestas a y b son correctas.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
16. La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género:
- a) Incluye en el concepto de violencia doméstica a menores y ancianos.
- b) Presta especial atención a las mujeres con hijos menores.
- c) Contiene medidas especiales en el caso de menores testigos de malos tratos.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
17. La Ley Orgánica 19/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal:
- a) Define la violencia doméstica como la ejercida sobre descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces.
- b) Define la violencia doméstica como la ejercida sobre cualquier miembro de la unidad familiar.
- c) No recoge concepto alguno al respecto.
- d) Es la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género la norma que define el maltrato doméstico.
18. La Ley Orgánica 17/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, establece entre sus preceptos:
- a) Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que, por su profesión o función, detecten una situación de riesgo y de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos.

- b)* Cualquier persona o autoridad que tenga conocimiento de que un menor no está escolarizado o no asiste al centro escolar de forma habitual y sin justificación durante el periodo obligatorio, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades públicas competentes.
- c)* Las respuestas a y b son correctas.
- d)* Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
19. El Código Penal castiga a:
- a)* Quien pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual.
- b)* Quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito de cuya próxima o actual comisión tenga noticia.
- c)* La autoridad o funcionario que faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de delitos de que tenga noticia o de sus responsables.
- d)* Todas las respuestas anteriores son correctas.
20. Dentro del protocolo de atención a las víctimas de violencia de género:
- a)* Siempre habrá de realizarse el despistaje de la victimización de los hijos.
- b)* No se contiene mención alguna respecto a los menores.
- c)* No se especifica el seguimiento concreto de los ascendientes.
- d)* Todas las respuestas anteriores son correctas.