

Consideraciones sobre la Ley 41/2002. Peculiaridades en pediatría

C. Gutiérrez Abad, F. Centeno Malfaz, J.M. Muro Tudelilla, R. Sánchez Gutiérrez,
L. Crespo Valderrábano, L. González Martín
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario «Río Hortega». Valladolid

Resumen

Varias son las normas y leyes que tratan de establecer un reglamento básico que regule la relación entre el médico y el paciente y los derechos y deberes que ambos tienen durante dicho proceso. Por ello, muchos son los organismos que han realizado declaraciones o normas jurídicas relativas a este tema (UNESCO, OMS, Unión Europea, etc.). Todos estos preceptos se hallan resumidos en la Ley 41/2002, promulgada por las Cortes españolas. De la misma forma, dentro de nuestro país, varias comunidades autónomas han regulado mediante una ley estos aspectos, haciendo especial hincapié en la información clínica y el consentimiento informado (Cataluña, Galicia, Navarra, Castilla y León, etc.).

Mención especial requiere la relación médico-paciente en los casos pediátricos, ya que ésta es diferente y, además, generalmente suelen intervenir en ella más individuos (padres o tutores en la mayoría de los casos).

La Ley 41/2002 establece ciertas características especiales en la relación médico-paciente pediátrico y marca los límites legales en la relación entre el sanitario, el niño y sus familiares o tutores.

Pero el debate actualmente va más allá, ya que entra en juego el concepto de «menor maduro», según el cual el límite para establecer la mayoría de edad en cuanto a decisiones sobre su propia persona queda más difuminado. De esta forma, se regula la posibilidad de que las decisiones sobre la salud del niño pueda tomarlas él mismo, o al menos sugerir lo que él considera mejor para sí mismo, en el momento en que el profesional sanitario lo considere «maduro».

Palabras clave

Ley, reglamentación, normas jurídicas, pediatría, niño, relación médico-paciente

Introducción. Concepto de autonomía

La autonomía del paciente y, por tanto, la capacidad de decidir sobre sus propios problemas de salud es el principal tema tratado en la Ley 41/2002.

El principio de autonomía se define como la capacidad de un individuo o un grupo de actuar con independencia y, según su

Abstract

Title: Considerations concerning Law 41/2002: particularities in pediatrics

There are several standards and laws that attempt to establish basic regulations to control the relationship between the doctor and the patient and the rights and obligations of each during the process. Therefore, many organizations (such as the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], the World Health Organization [WHO], the European Union, etc.) have issued statements or legal standards regarding this issue. All these precepts have been summarized in law 41/2002, promulgated by the Spanish Parliament. Likewise, a number of autonomous regions in our country (Catalonia, Galicia, Navarre, Castile-León, etc.) now regulate these aspects by law, with special emphasis on clinical information and informed consent.

The doctor-patient relationship in pediatric cases is different, and other individuals are involved in it (mainly parents or legal tutors).

Law 41/2002 establishes special characteristics for this doctor-pediatric patient relationship and specifies the legal limits relative to the relationship among the health worker, the child and his or her family or tutors. However the debate nowadays goes beyond this. The new concept of the "mature minor" comes into play. In this concept, the limit for establishing the age of majority regarding decisions concerning his or her own self becomes blurrier. Thus, the decisions to be made over the health of the child are standardized: when the physician considers the patient "mature" enough, the child himself will be allowed to make decisions, or at least suggest what he considers better for himself/herself.

Keywords

Law, regulation, legal standards, pediatrics, child, doctor-patient relationship

propio criterio, definiendo, sin intervención de otro ni coacción alguna, un proyecto de vida¹.

Antiguamente, en los tiempos de Hipócrates o Galeno, primaba la capacidad y la autoridad del médico en la relación médico-paciente, una situación que se justificaba basándose en el principio de beneficencia (el médico actuaba en beneficio del paciente), por lo que la autonomía del paciente no interve-

nía¹. Esta primacía de la beneficencia sobre la autonomía existió hasta la Ilustración, en la que Kant enunció el concepto moderno del principio de autonomía. Para Kant, la autonomía del individuo es una norma universal que no puede ser impuesta por nadie, sino que debe ser percibida como tal por la razón humana y, por tanto, aceptada como tal sin necesidad de legislarla. En cambio, para la corriente utilitarista, encabezada por Stuart Mill, la autonomía es un bien individual, por el cual el individuo puede disponer libremente sobre su razón y actuar sin coacción ateniéndose a ella¹. A pesar de las diferencias entre ambas corrientes (norma universal o bien individual), ambas coincidían en reconocer que la autonomía es un derecho que debe ser respetado. Sin embargo, y a pesar del tiempo transcurrido, el principio de autonomía se incorporó a la medicina asistencial en la década de los setenta (prácticamente 200 años después de su formulación). En la actualidad, la situación se ha modificado. La toma de decisión en medicina ya no es un proceso unilateral; ahora el médico le propone al paciente la decisión con fines diagnósticos o terapéuticos que considera más conveniente y el paciente la acepta o la rechaza, o solicita una segunda opinión (salvo en circunstancias especiales, como la urgencia vital o el riesgo público). Este modo de proceder, que reconoce los derechos de los pacientes, ha modificado sustancialmente la relación médico-paciente e incluso el panorama de la medicina actual. Esta situación ha sido posible gracias a una serie de modificaciones legislativas que han ido apareciendo paulatinamente, sobre todo desde la promulgación de la Constitución Española. Posteriormente, basándose en ella, sucesivas normas y leyes han ido marcando las directrices de la actual situación jurídico-moral del principio de autonomía en el ejercicio de la medicina: Ley General de Sanidad, Convenio de Oviedo sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina, y diversas leyes de diferentes comunidades autónomas (Cataluña², Galicia³, Navarra⁴, Castilla y León⁵).

Contenido de la Ley 41/2002

La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, está dividida en varios capítulos⁶.

En el capítulo I, de principios generales, se enumeran una serie de principios básicos en los que se basa la ley:

- La autonomía, la dignidad y la intimidad del paciente orientarán la actividad en relación con los datos personales y la documentación clínica.
- Se necesita un consentimiento informado del paciente para manejar sus datos.
- El paciente tiene derecho a decidir libremente entre diversas opciones clínicas (diagnósticas, pronósticas y terapéuticas), tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento (ha de hacerlo por escrito) y debe facilitar datos sobre su salud y estado físico de forma leal y verdadera cuando sea necesario.
- El profesional ha de cumplir los deberes de información y documentación del paciente, ha de respetar sus decisiones y ha de guardar reserva de la información archivada.

El capítulo II regula el derecho a la información sanitaria, y establece que los pacientes tienen derecho al acceso a dos tipos de información sanitaria. La asistencial es la referida a cualquier actuación sanitaria (finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias). De su transmisión se encargan el médico responsable y todos los profesionales que intervengan. Ha de administrarse de forma verdadera, comprensible, adecuada y útil para el paciente y para las personas que éste permita. La «necesidad terapéutica» limita la información al paciente. La información epidemiológica es la referida a problemas sanitarios de la colectividad que impliquen un riesgo individual o colectivo. De su transmisión se encargan las administraciones públicas y el personal sanitario.

El capítulo III recoge el derecho a la intimidad: toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de sus datos referentes a la salud, por lo que nadie puede acceder a ellos sin previa autorización por parte del paciente. Los centros sanitarios han de adoptar medidas con las que se preserve la confidencialidad de esos datos.

En el capítulo IV se regula el respeto de la autonomía del paciente. En este capítulo se establece que el principal instrumento que salvaguarda la autonomía del paciente es el consentimiento informado (CI), definido como «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud». Toda actuación sanitaria requiere un CI, que generalmente es verbal, aunque a veces se requiere por escrito (cirugía, procedimientos invasivos y procedimientos con riesgos serios). El paciente puede revocar el CI en cualquier momento, debiendo quedar constancia de ello por escrito y con firma del paciente.

Los límites del CI son:

- Deseo expreso del paciente de no ser informado, lo que ha de quedar reflejado en la historia clínica, pero no exime de obtener el consentimiento del paciente para llevar a cabo la intervención sanitaria que se precise en ese momento.
- Exigencias sanitarias, como el riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y el riesgo para la salud pública. Si ello conlleva el ingreso del paciente, se le debe comunicar al juez en menos de 24 horas.

Otra modalidad de CI es el «CI por representación», que se utiliza en situaciones en las cuales el paciente no puede o no es capaz de entender o asumir el contenido del CI. En este caso, la responsabilidad de decisión y asunción de los diferentes aspectos del CI recae sobre los representantes legales del paciente (generalmente los padres o tutores) o, en ausencia de ellos, sobre las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Esto no exime de la participación del paciente en todo lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Las situaciones en las que se presta el CI por representación son la incapacidad física o psíquica del paciente, la incapacidad legal, y si el paciente es menor de edad (<16 años)

e incapaz intelectual o emocionalmente de entender el alcance de la intervención.

Otro instrumento disponible como elemento distintivo de la autonomía del paciente, aunque de menor difusión que el CI, es el «Documento de instrucciones previas». En él el paciente manifiesta anticipadamente su voluntad para que ésta se cumpla en caso de incapacidad futura, para lo cual se puede designar un representante. Ha de quedar constancia en la historia clínica de la existencia de este documento, que podrá ser revocado en cualquier momento por el paciente, que deberá hacerlo por escrito.

En el capítulo V se define la historia clínica como el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos. Cada centro archivará las historias clínicas garantizando su seguridad, correcta conservación y recuperación de la información. La conservación es obligación del centro sanitario durante el tiempo adecuado, que, como mínimo, será de 5 años desde el último alta. También se conservará si hay razones epidemiológicas, de investigación, organización o relacionadas con el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Las administraciones sanitarias garantizarán la autenticidad del contenido y de los cambios que en ella se produzcan y las comunidades autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan archivar y proteger las historias clínicas. El contenido de la historia clínica será la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

El fin principal de la historia clínica es facilitar la asistencia sanitaria. Su cumplimentación es responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella, y esto se hará con uniformidad e integridad para facilitar su manejo e interpretación. Si se utilizan datos con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, investigación o docencia, hay que asegurar el anonimato salvo previo consentimiento del paciente, separando los datos identificativos de los clínico-asistenciales y, si fuese necesario, unificarlos con fines investigacionales, para lo cual habría que pedir un permiso judicial. Hay deber de secreto en todo profesional que acceda a la historia clínica.

El acceso a la historia clínica es un aspecto controvertido. En esta Ley se establece que el paciente tiene derecho de acceso y posibilidad de copia de propia presencia o por representación. Este derecho no se puede ejercer si el acceso a la historia clínica supone un perjuicio a terceras personas del derecho de confidencialidad o si el profesional no quiere dar a conocer sus anotaciones subjetivas.

Por último, el capítulo VI es el relativo al informe de alta y otra documentación clínica. El informe de alta es un documento que forma parte de la historia clínica, con la peculiaridad de que el paciente ha de disponer de él tras el proceso asistencial. Si el paciente no puede recogerlo, un familiar u otra persona vinculada lo harán por él. El alta del paciente, en principio, se

establece por prescripción médica. Si el paciente no acepta el tratamiento en el momento del alta, se realizará el alta voluntaria; si el paciente la rechaza, se podrá disponer el alta forzosa. Si el paciente no acepta el alta (ni voluntaria ni forzosa), la dirección médica del centro sanitario mediará con el paciente y, si persiste su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez.

Comentarios sobre la autonomía en el paciente menor de edad. Doctrina del menor maduro

La información asistencial es un aspecto importante de la relación médico-paciente, que consiste en la explicación de todos los extremos necesarios para que éste pueda emitir un consentimiento válido en relación con su tratamiento⁷⁻¹². El paciente ha de participar activamente, lo que se hará mediante el diálogo con el médico. Para establecerse esta relación, principalmente han de concurrir dos situaciones: respeto y confianza mutuos^{2,13}.

Un aspecto importante que cabe tener en consideración es que la relación médico-paciente en pediatría es diferente a la de otras especialidades. Muchas veces los adolescentes manifiestan de forma reiterada su preocupación por la confidencialidad de la información clínica y la posibilidad de que determinadas cuestiones sanitarias lleguen al conocimiento de sus padres¹⁴. De ahí se deduce que informar obligatoriamente a los padres limita la confidencialidad de la asistencia sanitaria y restringe el acceso de los adolescentes al profesional médico, lo que puede suponer en ocasiones un potencial riesgo para su propia salud¹⁵. El niño tiene derecho a la información acerca de su realidad, circunstancia reconocida por los diversos organismos internacionales^{5,14,16}. Pero, en la práctica, el proceso informativo está limitado por la figura de los padres o tutores. El Código Civil (art. 162)¹⁷, la Constitución Española (art. 39.4)⁷ y la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (art. 3.1)¹⁸, recogen que los derechos de personalidad en el menor maduro no pueden ser objeto de patria potestad y, por tanto, deben ser gestionados por el propio menor cuando éste tenga madurez para ello.

Otro aspecto importante es el de la capacidad que el niño tiene para consentir ante actuaciones asistenciales, ya que muestra varias particularidades. Esta capacidad en los niños es variable, según su inteligencia y su grado de madurez, y también en función de su estado de ánimo¹⁹. El principal problema radica en considerar al menor capaz (menor maduro) o no capaz de tomar decisiones con respecto a su propia salud. En la legislación esta consideración recae sobre el facultativo, que ha de decidir si el menor de edad es o no capaz. Tras el reconocimiento del derecho a la salud en la Constitución Española (art. 43)⁷, diversas leyes han matizado la capacidad del menor para decidir sobre su propia salud²⁰. La Ley General de Sanidad de 1986 recoge, en su artículo 10, el derecho del paciente a tener información clara y veraz de su enfermedad, a poder elegir libre-

mente sobre las posibilidades terapéuticas y a emitir el CI siempre que sea posible (sin referirse en ningún momento de forma específica al menor de edad)⁸. A este respecto, las leyes españolas han aportado componentes nuevos que han ido determinando las características necesarias que debe reunir el menor para poder ser considerado capaz^{10,12,17,21}. Hasta la promulgación de la Ley 41/2002, ninguna ley había establecido los márgenes a partir de los cuales el menor se considera como tal en el ámbito sanitario y, por tanto, cómo debía afrontar el médico estas situaciones. En Francia se establece la «mayoría de edad médica» en los 15 años y en Inglaterra en los 16 años. En España, en esta Ley 41/2002, la mayoría de edad «médica», a partir de la cual no correspondería pedir el consentimiento a los padres, se establece en los 16 años, aunque se puntualiza que, entre los 12 y los 16 años, se tendrá en cuenta la opinión del niño y la de los padres, procurando que la decisión final no contravenga la opinión del niño⁷. La implicación de los padres en la asistencia sanitaria del menor es positiva y debe ser promovida, pero no debe ser impuesta¹⁴. La opinión de los padres es importante, pero no puede ir en contra del mejor interés del menor²²⁻²⁴. Actualmente existe una nueva filosofía, promulgada desde la Ley del Menor, en la que se establece un mayor reconocimiento del papel desempeñado por éste en la sociedad y en la exigencia de un mayor protagonismo para él²¹. Pero la discusión sobre este tema va más allá, porque muchos analistas sitúan la edad de barrera a partir de la cual considerar al menor capaz de tomar conciencia de los actos sobre su cuerpo y los datos relacionados con su salud en los 14 años (así pasa con otros aspectos, como con la adquisición de la nacionalidad española por ejercicio del derecho de opción o por residencia y con la capacidad de testar).

En definitiva, cada menor ha de ser evaluado individualmente para que el clínico, basándose en el nivel intuitivo de razonamiento moral del paciente, pueda hacerle partícipe de la toma de decisiones. La colaboración entre el menor maduro y el facultativo es importante para obtener los mayores beneficios de la actuación sanitaria^{22,23}.

Para comprender mejor la relación médico-menor maduro, hemos de conocer en qué consiste la «doctrina del menor maduro». Esta doctrina comienza definiendo al menor como tal, como menor de edad, señalando que existen diferentes consideraciones del menor en función del ámbito de actuación correspondiente²⁵. Legalmente, el menor es considerado como tal hasta que cumple los 18 años, según se recoge en nuestro Código Civil. A su vez, el Código Civil también recoge la situación de la emancipación del menor de edad a los 16 años en unas circunstancias especiales¹⁷. Mención especial requiere la visión de responsabilidad penal sobre la figura del menor, ya que ésta ampara la exigencia de responsabilidad penal a las personas mayores de 14 años y menores de 18 años, por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal²⁶.

Pero, como contrapartida a estas visiones jurídicas sobre el menor de edad, existe la visión del menor de edad en aspectos morales. Como ocurre habitualmente, la realidad social se ha

ido adelantando e imponiendo al marco legal. Es entonces cuando surge la teoría o doctrina del menor maduro (en Estados Unidos en los años setenta), que trata de establecer las características del menor de edad capaz de tomar decisiones sobre sí mismo.

Es difícil definir la madurez del menor. Esta teoría lo define como el grado de desarrollo alcanzado, en cuanto a su capacidad o competencia, para tomar sus propias decisiones²⁵. Esta capacidad o competencia requiere una comprensión adecuada de la situación en la que se encuentra, un manejo razonado de los problemas e informaciones acompañantes, y una valoración de los beneficios y riesgos que conlleva la decisión. De esta forma, se definen tres niveles de capacidad ajustándose a la menor o mayor capacidad requerida¹⁴:

- Capacidad para actuaciones de elevado beneficio y bajo riesgo para el paciente (nivel mínimo de capacidad).
- Capacidad para actuaciones con balance riesgo/beneficio neutro (nivel medio de capacidad).
- Capacidad para actuaciones de bajo beneficio y elevado riesgo (nivel máximo de capacidad).

La madurez del menor es un concepto global que ha de exponerse en situaciones concretas, percibido como un proceso continuo ligado al desarrollo del resto de aspectos de la personalidad del individuo. Por tanto, este proceso continuo está sometido a fluctuaciones relacionadas con estados de ánimo cambiantes y experiencias personales presentes o pasadas, que requieren evaluar cuantas veces sea preciso el grado de madurez del menor²⁵. Ante todo, hay que estimar si el menor sabe o tiene en cuenta el grado de repercusión que se deriva de la decisión que toma, y si lo hace de forma libre y autónoma. Por tanto, un trato individualizado en cada caso sería lo más adecuado, sin olvidar nunca la opinión del menor en caso de que éste se muestre capacitado.

Algunas de las situaciones concretas en las que se puede plantear la madurez o no del menor para tomar decisiones están relacionadas con la administración de anticonceptivos («píldora del día después»), la interrupción voluntaria del embarazo, las intervenciones de cirugía estética, el deseo del menor a recibir un tratamiento sin autorización de los padres, el deseo del paciente de no comentar a sus padres la existencia de consumo de drogas o conductas sexuales de riesgo, la necesidad de donación de sangre en pacientes testigos de Jehová (Sentencia 950/1997 de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo²⁷, Sentencia 154/2002 del Tribunal Constitucional²⁸), etc., en las cuales se plantea siempre el dilema entre la decisión del menor, la capacidad de decisión que éste tiene y la cobertura legal o jurídica de sus decisiones y actos.

Como conclusión, podemos mencionar que la Ley 41/2002 trata de forma somera, sin especificar situaciones concretas, la problemática del menor maduro y la calidad asistencial hacia el menor de edad. No refleja la dificultad del manejo clínico de las diferentes formas de actuación ante un menor de edad en cuanto a la valoración del grado de madurez que muestra y,

por tanto, su capacidad de decisión sobre problemas de salud. De esta manera, deja siempre a criterio del facultativo la decisión sobre si considerar al menor capaz o no de tomar estas decisiones. A favor de esta Ley hay que decir que es la primera norma estatal importante posconstitucional que afronta decididamente cuestiones básicas relativas a la relación clínica-asistencial. ■

Bibliografía

1. León Correa FJ. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. *Biomedicina*. 2006; 2(3): 257-260.
2. Ley 21/2000, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. DOGC n.º 3.303, de 11 de enero de 2001; 464-467.
3. Ley 3/2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica. DOG n.º 111, de 8 de junio de 2001; 7.593-7.597.
4. Ley Foral 11/2002, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. BON n.º 58, de 13 de mayo de 2002; 4.224-4.227.
5. Ley 8/2003, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. BOCYL Suplemento al n.º 71, de 14 de abril de 2003; 6-12.
6. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15 de noviembre de 2002; 40.126-40.132.
7. Constitución Española. 1978. Artículos 20, 39 y 43.
8. Ley 14/1986, General de Sanidad. BOE n.º 102, de 29 de abril de 1986; 15.207-15.224.
9. Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal. BOE n.º 298, de 14 de diciembre de 1999; 43.088-43.099.
10. Declaración Universal de los Derechos Humanos. UNESCO, 1948.
11. Declaración de los Derechos de los Pacientes. OMS Europa, 1994.
12. Consejo de Europa. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Oviedo, 4 de abril de 1997. BOE n.º 251, de 20 de octubre de 1999; 36.825-36.830.
13. Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología Médica. Consejo General de Colegio de Médicos de España, 1999.
14. Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones con el paciente menor de edad. En: Gracia D, Júdez J, eds. *Ética en la práctica clínica*, 1.ª ed. Madrid: Triacastela, 2004; 127-160.
15. Martínez Urionabarrenetxea K. La confidencialidad del menor se romperá en casos excepcionales. *DM on-line* (citado el 31 de enero de 2007). Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2003/virtual/archivo04.html>
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento final del Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica. *AEDS on-line* (citado el 31 de enero de 2007). Disponible en: www.aeds.org/documentos/expertos-htm
17. Código Civil Español. Aprobado por RD del 24 de julio de 1889.
18. Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen. BOE n.º 115, de 14 de mayo de 1982; 12.546-12.548.
19. Aso Escario J, Martínez-Quiñones JV, Arregui Calvo R. Capacidad. En: Aso Escario J, Martínez-Quiñones JV, Arregui Calvo R, eds. *Aspectos médico-legales en pediatría*. Vol. 1, 1.ª ed. Madrid: AEP, 2006; 87-102.
20. García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Rev Esp Salud Pública*; 78, 4: 469-479.
21. 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. BOE n.º 15, de 17 de enero de 1996; 1.225-1.238.
22. Curbelo Pérez D. El consentimiento informado en el menor de edad. Revisión a la luz de la nueva normativa. *BSCP Can Ped*. 2003; 27(3): 339-344.
23. Aso Escario J, Martínez-Quiñones JV, Arregui Calvo R. Información y consentimiento en la infancia y adolescencia. En: Aso Escario J, Martínez-Quiñones JV, Arregui Calvo R, eds. *Aspectos médico-legales en pediatría*. Vol. 1, 1.ª ed. Madrid: AEP, 2006; 51-85.
24. Agencia Española de Protección de Datos. Consentimiento otorgado por menores de edad. *AGPD on-line* (citado el 31 de enero de 2007). Disponible en: <https://www.agdp.es/index.php?idSeccion=136>
25. Sánchez Jacob M. El menor maduro. *Bol Pediatr*. 2005; 45: 156-160.
26. Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. BOE n.º 11, de 12 de enero de 2000; 1.422-1.441.
27. Sentencia 950/1997, de 27 de junio de 1997. Testigos de Jehová: causa por homicidio (unos padres impiden que su hijo de 13 años reciba una transfusión de sangre y fallece) *AEDS on-line* (citado el 27 de noviembre de 2007). Disponible en: <http://www.aeds.org/jurisprudencia/950-97.htm>
28. Sentencia 154/2002, de 18 de julio de 2002. Vulneración del derecho a la libertad religiosa: condena penal a unos testigos de Jehová, padres de un menor que murió tras negarse a recibir transfusiones de sangre autorizadas por el Juzgado de Guardia, por no haberle convencido para deponer su actitud ni haber autorizado dicha intervención médica. BOE n.º 188, suplemento de 7 de agosto de 2002; 51-63.