

24

Cd

cuadernos de
ética
en clave cotidiana

ÉTICA Y MENORES: PROTECCIÓN INTEGRAL DEL MENOR ANTE LA SANIDAD Y LA JUSTICIA

Manuel Ruiz Martínez-Cañavate



cuadernos de
ética
en clave cotidiana

**ÉTICA Y MENORES:
PROTECCIÓN INTEGRAL DEL MENOR ANTE
LA SANIDAD Y LA JUSTICIA**

MANUEL RUIZ MARTÍNEZ-CAÑAVATE



Fundación Europea para el
Estudio y Reflexión Ética

 Editorial Perpetuo Socorro
Covarrubias, 19. 28010 Madrid

COORDINADOR DE
“CUADERNOS DE ÉTICA EN CLAVE COTIDIANA”

— *Enrique Lluch Frechina.*

Profesor en la Universidad CEU Cardenal Herrera

CONSEJO ASESOR

— *Rafael Junquera de Estéfani.*

Facultad Derecho UNED (España).

— *Antonio Fuertes Ortiz de Urbina.*

Investigador médico (España).

— *Luis Mesa Castilla.*

Institución Juan XXIII de Granada (España).

— *Marta Iglesias López.*

Asociación para la Solidaridad (España).

— *P. José Samuel Torres Tangua.*

Rector de la Fundación Universitaria San Alfonso
(Colombia).

— *José Luis Pareja.*

Director Centro Residencial para Personas Mayores
Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.

DIRECCIÓN – REDACCIÓN – ADMINISTRACIÓN

— *Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética*

C/ Félix Boix, 13

28036 Madrid (España)

www.funderetica.org | fundraising@funderetica.org

ISBN: 978-84-284-0867-7

DEPÓSITO LEGAL: M-22739-2024

ISSN: 2341-0388





ÍNDICE

I. Introducción	7
II. Bioética, Bioderecho y menor.....	9
III. Principios bioéticos en el ámbito pediátrico	12
1. Autonomía	
2. Beneficencia	
3. No maleficencia	
4. Justicia	
IV. Capacidad de decisión del menor.	
Consentimiento informado	
Rechazo del tratamiento	20
1. Autonomía	
2. Beneficencia	
V. Estatuto del menor como víctima	30

VI. Una justicia amigable para el menor: claves psicológicas, ambientales y espaciales	37
1. Contextualización	
2. Preconstitución de la prueba: exploración del menor víctima o testigo	
3. El proyecto Barnahus	
4. Recomendaciones y buenas prácticas	
a) Derecho del menor a ser oído	
b) Participación del menor	
c) Determinación del grado de madurez	
d) Directrices para tomar declaración al menor	
e) Órganos especializados	
f) Espacios adaptados a la infancia	
g) Asistencia jurídica gratuita	
h) Información al menor	
i) Apoyo al menor durante el procedimiento	
j) Garantías procesales para la protección del menor	
k) Derecho a la intimidad y confidencialidad del menor	
l) Derecho a la no discriminación	
m) Formación de los profesionales	
n) Cooperación multidisciplinar	
VII. Reflexión final	62
Referencias bibliográficas	67
Referencias Legales	70

I. INTRODUCCIÓN

El grado de desarrollo y civilización de una sociedad se demuestra de un modo especial en el modo en que se garantiza la protección del menor. Resulta oportuno, al tiempo que interesante, llevar a cabo un análisis integral del sistema de protección del menor y los conflictos éticos que pueden plantearse, enfocando dos aspectos muy concretos del modelo de protección de la Infancia y la Adolescencia. Por un lado, la atención sanitaria del menor. Por otro lado, la protección del menor, en su relación con la Justicia y en cuanto víctima de hechos potencialmente delictivos. En ambos contextos, la acción profesional cotidiana comienza a revelar indicadores de un protagonismo creciente del menor, que ha de ser informado en modo que le sea comprensible, así como ser escuchado, y que debe poder decidir, conforme a su grado de madurez.

Estas inercias nos revelan la transición de un modelo que consideraba al menor como objeto de protección, a otro que valora al niño y adolescente como sujeto de derechos. De ahí que, la protección adecuada del menor, ante los posibles conflictos éticos y jurídicos, debe desplegarse conforme al reconocimiento de su autonomía, de su mayoría de edad sanitaria. Asimismo, la especial vulnerabilidad del niño o adolescente que ha visto atacados sus bienes jurídicos protegidos debe significar la puesta en marcha de mecanismos para la acción reforzada de los poderes públicos, siempre velando por el superior interés del menor, cuya determinación pasa por ser informado y escuchado al respecto de sus opinión e intereses.

II. BIOÉTICA, BIODERECHO Y MENOR

Como Ética llamada a proteger la Vida, la Bioética tiene un precioso desafío en los conflictos relacionados con la protección de los menores, niños y adolescentes. En este sentido, como afirma Diego GRACIA, “*el modo como se define la infancia acaba teniendo inmediatamente consecuencias morales (...) El niño ha sido siempre para la sociedad un problema moral*”.

A fin de gozar de una mirada global, los principales desafíos que la figura del menor plantea a la Bioética, así como al Bioderecho, pueden venir referidos, en gran medida, al ámbito de la práctica médica clínica. En este campo, resulta esencial abordar el alcance del principio de autonomía en pacientes menores, que se verá necesariamente reflejado en cuestiones muy concretas, tales como su capacidad de decidir -y en su caso, rechazar o no tratamientos médicos-, así como en las particularidades que reviste el consentimiento informado en menores, y la institución jurídica de representación, residenciada en sus padres o representantes legales.

Si bien, el contexto sanitario no agota los posibles conflictos bioéticos y biojurídicos que pueden suscitarse en relación al menor, de modo que es

Como Ética llamada a proteger la Vida, la Bioética tiene un precioso desafío en los conflictos relacionados con la protección de los menores, niños y adolescentes.

preciso enfocar asimismo las cuestiones referentes a la protección de menores frente a los potenciales riesgos, abstractos o concretos, que puedan afectar a su propia vida, así como a su integridad física o moral. En este caso, será fundamental la intervención desde el sistema público de servicios sociales o, específicamente el organismo encargado de la protección del menor, con la adopción de las medidas concretas necesarias para restaurar el desequilibrio generado, para velar por el superior interés del menor, con medidas tales como la decisión de acogimiento familiar o residencial. Esta misión de intervención social integra la respuesta desde los poderes públicos a un conflicto social atinente a los menores, en un contexto diferente del sanitario, si bien pueden existir situaciones en que ambos elementos, sociales y sanitarios, aparezcan interrelacionados.

Para concluir una mirada global a los posibles conflictos bioéticos y biojurídicos, con un propósito más sistemático que exhaustivo, debemos asimismo abordar los especiales retos que presenta la figura del menor en cuanto víctima del delito. Desde este prisma, la situación de vulnerabilidad que exige la intervención de los poderes públicos alcanza un grado superior, de manera que a la necesidad general de información adecuada y toma de decisión, se añade la especial protección que debe merecer al Estado quien ha sido ofendido en

un bien jurídico digno de protección. Esta especial situación, focalizada en las personas menores, supone que, al margen del mínimo representado por las garantías legales, el profesional –en los ámbitos policial, fiscal y judicial- que tome contacto con el menor víctima deba cuidar especialmente el trato que recibe cada niño o adolescente en su situación concreta, lo cual deberá reflejarse especialmente en la elección de un lenguaje adecuado a su grado de madurez para propiciar una adecuada comprensión de la situación y posibilidades que se abren, pero asimismo en aspectos aparentemente colaterales, como los del espacio o entorno en que ha de encontrarse el menor, o el hecho de estar acompañado en todo momento.

III. PRINCIPIOS BIOÉTIICOS EN EL ÁMBITO PEDIÁTRICO

La categoría de principios bioéticos nació como reacción al conocimiento generalizado de la perpetración de hechos dignos del más elevado reproche.

La categoría de principios bioéticos nació como reacción al conocimiento generalizado de la perpetración de hechos dignos del más elevado reproche, en el marco de la investigación y experimentación en seres humanos. Los antecedentes que propiciaron el proceso de reflexión y el establecimiento de unos principios bioéticos que actuaran como dique de contención frente a semejantes aberraciones, fueron las series de experimentos llevados a cabo en la localidad de Tuskegee (Alabama), entre los años 1932 y 1972, así como en Willowbrook (Nueva York), de 1930 a 1987. En el primer caso, con el objetivo de estudiar el desarrollo de la sífilis en población afroamericana sin tratar y sin información, existiendo ya la penicilina. En el segundo supuesto, se inoculó Hepatitis B a niños con discapacidad intelectual, en una institución pública. La divulgación de estas aberraciones tuvo la virtualidad de propiciar un cambio cualitativo en el ejercicio de la Medicina, en tanto puso de relieve la necesidad de contar con unos patrones éticos claros en el trato a los seres humanos.

En este contexto, en el año 1974, en el Congreso de los Estados Unidos, se constituyó la *Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Huma-*

nos de la Investigación Biomédica y del Comportamiento, con el mandato de definir los principios éticos básicos que debían regir la investigación con personas en esos campos. El resultado fue la publicación el 30 de septiembre de 1978 del documento titulado *Principios Éticos y Orientaciones para la Protección de Sujetos Humanos en la Experimentación*. La consecuencia de este famoso *Informe Belmont* fue la identificación de tres principios básicos, por este orden: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Constituían, sin duda, un primer paso en la autoexigencia social de patrones éticos en la investigación clínica. Restaba hacer extensivo el alcance y la filosofía de estos principios éticos básicos a la práctica asistencial. Desde esta clave, Tom L. BEAUCHAMP y James F. CHILDRESS publicaron en 1979 la obra clásica *Principios de Ética Biomédica*, caracterizada por efectuar una reformulación de los principios, en la idea de que resultaran aplicables a la ética asistencial. De este modo, Beauchamp y Childress consolidan y desarrollan los cuatro principios bioéticos que han devenido clásicos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Resulta enormemente llamativo que, frente a la normatividad inherente al Derecho positivo, la Bioética –y el Bioderecho– asumen un *enfoque principialista*, de modo que no establecen, porque no parece posible ni deseable, una solución exacta al conflicto hipotéticamente planteado, sino una línea, una di-

El mestizaje no es pérdida sino ganancia de un nuevo nivel de conciencia de pertenencia y de convivencia.

rección, conforme a la que ofrecer una respuesta, la mejor posible, al supuesto de hecho particular. Esta opción concede un importante espacio discrecional a los profesionales sanitarios y al personal investigador, precisamente para ponderar los intereses en juego, en aras a alcanzar la decisión más adecuada, desde un punto de vista ético.

Procede analizar separadamente el alcance y contenido de estos principios:

1. Autonomía

La capacidad de autogobierno de la persona, su autonomía, se manifiesta en su capacidad de adoptar por sí mismo las decisiones que afectan a su propio interés. Juan Carlos Siurana se hace eco de las conclusiones de BEAUCHAMP y CHILDRESS acerca de las reglas que determinan un trato autónomo a la persona, que se concretan en varios aspectos: el pediatra, en su relación con el menor y su familia, ha de decir la verdad, proteger la confidencialidad y la obtención del consentimiento para la intervención al paciente. En este sentido, Carmen MARTÍNEZ reflexiona que, en el terreno de la Pediatría, el ejercicio de la autonomía del paciente menor conlleva un desarrollo progresivo, el que marque el tratamiento o la relación clínica prolongada en el tiempo. La labor del pediatra pasa por la promoción de la capaci-

dad de decisión del menor, conforme a su nivel de entendimiento. De este modo, conforme al marco legal que supone la Ley 41/02, la autonomía del paciente menor de doce años implica, especialmente ser escuchado, pero, además, procede explicarle adecuadamente y de modo comprensible el tratamiento o intervención, así como buscar su asentimiento o aceptación, como un compromiso ético.

Es muy interesante este enfoque. En primer lugar, la actuación del pediatra debe ir orientada en todo caso a promover la capacidad de decidir del menor. En segundo lugar, el ejercicio del principio de autonomía no se aplica en un acto concreto, sino que se proyecta a lo largo de la relación clínica, de un modo progresivo.

La actuación del pediatra debe ir orientada en todo caso a promover la capacidad de decidir del menor.

2. Beneficencia

La beneficencia entraña un *hacer*, una actuación positiva en relación al paciente. En este sentido, BEAUCHAMP y CHILDRESS distinguen entre beneficencia positiva, que requiere procurar beneficios al paciente, y utilidad, que supone una valoración entre daño y beneficio que reporta el acto médico. Y en esta clave, la beneficencia referida al acto médico debe interpretarse como una acción que constituye una exigencia ética en el ámbito de la Medicina, que redunde en el interés de otra

persona. Ubicado en el terreno de la relación pediátrica, obrar con beneficencia supone buscar hacer el bien que el paciente menor valora para sí mismo, conforme a sus propios principios, creencias y valores, lo que conllevará en muchos casos valorar y tomar en consideración la opinión de los progenitores, en función de la edad del menor y su grado de madurez. Asimismo, en la medida que el concepto del *bien* comporta una dimensión cultural y religiosa, actuar conforme al principio de beneficencia supone comprender y respetar las demandas propias del acervo religioso y cultural del paciente menor y sus padres. Ejemplos claros de los desafíos éticos apuntados serían las peticiones de circuncisión y el rechazo de tratamientos indicados por motivos ideológicos.

Cobra una singular importancia oír al menor, apreciar sus intereses y los principios que los motivan.

De manera que, en el actuar proactivo del pediatra, en su relación clínica con el menor, cobra una singular importancia oír al menor, apreciar sus intereses y los principios que los motivan, en orden a decidir qué beneficio el paciente menor –y su familia– valoran como tal. Ello revela una actuación médica que no tiene necesariamente un contenido previamente decidido, sino que el beneficio del menor ha de ser concretado en cada situación conforme a la opinión manifestada por el paciente y su entorno inmediato.

3. No maleficencia

Aunque el principio de no maleficencia puede ser considerado como la otra cara de la misma moneda, en su consideración conjunta con el principio de beneficencia, en realidad, la no maleficencia representa un comportamiento pasivo, caracterizado por no causar daño al otro, no lesionar sus intereses, no matar. En su análisis del principio, BEAUCHAMP y CHILDRESS, se concentran en los daños de orden físico, en particular, el dolor, la muerte, la discapacidad, aunque también consideran los daños de orden moral, y las potenciales lesiones de otros intereses de la persona. Desde estas premisas, operar con respeto al principio de no maleficencia, significa, además de evitar la aplicación de medidas que conlleven encarnizamiento terapéutico, no ocultar información al paciente, con el propósito de no dañar; del mismo modo, no paliar suficientemente el dolor, o emplear técnicas de diagnóstico desproporcionadas. En particular, en la investigación clínica en menores, el criterio ético debe atender a la idea de minimizar riesgos y maximizar beneficios. Todo ello supone un plus de honestidad de los profesionales médicos en su actuación y en el manejo de la información.

En la investigación clínica en menores, el criterio ético debe atender a la idea de minimizar riesgos y maximizar beneficios.

Así, en la relación médica con el paciente menor, la exigencia de no causar daño adquiere

perfiles propios, entrañando un estadio mayor de transparencia en el proceso de diálogo con el menor, en modo que le resulte comprensible, haciéndole participe, según su madurez, de los riesgos y beneficios de la acción médica considerada idónea.

4. Justicia

En el contexto de la Bioética, el principio de justicia se asocia al reparto equitativo de cargas y beneficios, así como al acceso y a la igualdad en la distribución de los recursos sanitarios, de por sí limitados. En este sentido, resulta fundamental introducir la referencia a la *justicia distributiva*, como garantía de un reparto de recursos y bienes -en este contexto, sanitarios- equitativa, imparcial y adecuada. En la relación entre el menor y el pediatra, estas exigencias de justicia deben cristalizar en el igual trato a cada paciente, aunque también en cuestiones como la especial sensibilidad hacia las diferentes inquietudes sociales, religiosas y culturales; también conlleva garantizar la protección de niños y adolescentes frente a potenciales injusticias, procesos de manipulación por parte de los adultos -incluso, sus padres o entorno familiar-. Resulta necesario dedicar atención especial a aquellos pacientes cuya situación global entrañe una mayor vulnerabilidad, especialmente por diversidad funcional o

padecimiento de enfermedades crónicas, aunque asimismo por motivos económicos y sociales.

Por todo ello, la labor del médico en el trato con el menor y su entorno, ha de ser especialmente sensible y eficaz, por mor del principio bioético de justicia, siendo especialmente necesaria la detección de eventuales situaciones de manipulación por parte de sus familiares, en garantía de superior interés del propio menor, como objetivo último de la actuación.

La labor del médico en el trato con el menor y su entorno, ha de ser especialmente sensible y eficaz, por mor del principio bioético de justicia.

IV. CAPACIDAD DE DECISIÓN DEL MENOR. CONSENTIMIENTO INFORMADO. RECHAZO DEL TRATAMIENTO MÉDICO

El abordaje de la competencia o capacidad de decisión de niños y adolescentes, en el ámbito de las decisiones sanitarias, es una cuestión fundamental para la relación médico – paciente menor de edad, que reviste particularidades y resulta clave para la resolución de importantes conflictos con potencial riesgo para la vida y la integridad física del menor. En esta línea, la Medicina se ha desvestido en las últimas décadas del clásico paternalismo propio de los profesionales en su trato con el paciente. Esta tendencia tiene una mayor carga de profundidad en el caso del paciente menor. En este sentido, hoy apreciamos la evolución desde una concepción inicial del menor como objeto de protección, a la actual consideración en cuanto sujeto de derechos.

En este marco, es preciso valorar que, la cuestión acerca de si un menor es competente o no, desde un punto de vista ético-legal, no se planteará sólo de manera conflictiva ante un acto médico o tratamiento concreto, sino que el verdadero desafío pasa por su integración normalizada en el día a día de la consulta pediátrica. Es decir, que, sin dejar de ser un enorme desafío ético-jurídico,

lo cierto es que la valoración de la capacidad de decisión del menor debe ser un elemento presente, llamado a desempeñar un papel directriz en la relación continuada entre el profesional sanitario y el menor. En esta línea, Diego GRACIA asocia la madurez de una persona a sus capacidades formales para juzgar y valorar situaciones, con independencia del sistema de valores sustantivos asumido.

Por todo ello, la valoración del médico, su impresión formada, acerca de si un menor determinado comprende el alcance de un acto médico entraña una relación continuada, un proceso dinámico de mutuo conocimiento, en cuyo curso el pediatra se forma una opinión cualificada acerca del grado de madurez apreciado en el menor.

La determinación de la capacidad del menor, conforme a su madurez, se manifiesta principalmente en dos situaciones clínicas: el otorgamiento del consentimiento informado y la manifestación del rechazo a un tratamiento médico concreto. Es oportuno profundizar en ambos.

1. Consentimiento informado

En el contexto de la toma de decisiones, el *consentimiento informado* constituye la herramienta decisiva, de un modo particular en el caso del menor de

La información reflejada debe ser proporcionada, comprensible, y adecuada a las necesidades del receptor.

edad maduro. Por ello, es preciso tener en cuenta que, partiendo del presupuesto de la competencia del paciente menor, el consentimiento informado integra un proceso -no un acto o documento aislado-, que ha de ser aceptado de manera libre y voluntaria -sin coacciones-, así como que la información reflejada debe ser proporcionada, comprensible, y adecuada a las necesidades del receptor.

A partir de estas premisas, existen dos tipos de aproximaciones a la valoración de la capacidad del menor, aplicables en el contexto de la relación sanitaria.

En primer lugar, es posible adoptar un modelo de valoración aplicada del paciente, dimanante del sistema legal y concebida como una suma de habilidades concreta en la toma de decisiones. En este caso, se hace necesario indagar si en el niño o adolescente concurre la competencia, expresada en la capacidad clásica de entender y querer, esto es, de comprender adecuadamente el alcance de una decisión, y de asumir intencionalmente las consecuencias derivadas de su comprensión.

En segundo lugar, puede optarse por el sistema de valoración del grado de desarrollo o madurez moral del menor, a partir de las aportaciones de la Psicología evolutiva y la Filosofía. Esta opción refleja una aproximación gradual y más flexible,

por lo tanto, adaptable al momento de madurez vital del menor y en relación a la decisión médica concreta.

Al respecto del modelo de *valoración aplicada* de la competencia para la toma de decisiones en el menor, APPELBAUM y GRISSO han establecido una clasificación sintética en cuatro ítems, de la lista más amplia de criterios apuntada por ROTH. Los criterios consolidados son:

1. *Comprensión de la información relevante* para la toma de decisión. Este elemento supone unos niveles adecuados de memoria, atención y participación de procesos intelectuales.
2. *Apreciación de la situación y sus consecuencias*. Se fundamenta en el significado de los datos y el estado de situación que maneja el paciente.
3. *Manipulación racional de la información*. Presume la capacidad de llevar a cabo procesos lógicos sobre balance de riesgos y beneficios, y de alcanzar conclusiones lógicas.
4. *Capacidad para comunicar una elección*, con efectos permanentes para poder ejecutar la decisión adoptada.

Sin embargo, estos criterios no han sido analizados en su aplicación en menores, de ahí que resulte preciso recurrir a mecanismos de consenso, como es el caso de las recomendaciones elaboradas por la *British Medical Association & the Law Society*, que prevén, como elementos a considerar para la valoración de la capacidad de decidir del menor, una adaptación de los parámetros analizados:

1. Capacidad de entender la necesidad de elección y sus consecuencias;
2. Habilidad para realizar -o delegar- la elección;
3. Capacidad de entender la naturaleza y el propósito del procedimiento;
4. Capacidad de comprender los riesgos y efectos secundarios; y finalmente,
5. Capacidad para entender las alternativas existentes al procedimiento, los riesgos asociados y las consecuencias del rechazo del tratamiento.

En relación con el modelo de valoración de la *madurez moral* del menor, el desarrollo de la teoría del **menor maduro**, se basa en los estudios de

acerca del desarrollo de la autonomía y del desarrollo ético y moral del menor, que nacen de los trabajos de PIAGET y KHOLBERG.

Pues bien, precisamente a partir de los dilemas morales planteados en el trabajo de KHOLBERG, investigadores de la *Universidad de Lleida* han ideado un test sencillo, útil como prueba complementaria para su empleo por el profesional sanitario, orientado a valorar la madurez del menor ante una decisión, tomando en consideración dos factores principales, la gravedad de la situación y los factores contextuales concurrentes.

En primer lugar, la consideración de la gravedad de la decisión como factor relevante resulta adecuado al marco legal de referencia, pues en la Ley Básica de Autonomía del Paciente, en su artículo 9.4, se contempla específicamente que, para los menores que cuentan con más de dieciséis años y los menores emancipados, no puede otorgarse el consentimiento por representación de los padres u otros familiares, es decir, la decisión corresponde al propio menor emancipado o mayor de dieciséis años. Sin embargo, en este mismo precepto, se prevé una respuesta jurídica diferente ante actuaciones que comporten un grave riesgo para la vida o salud del menor, el consentimiento habrá de otorgarlo el representante legal del menor, oído el menor, correspondiendo al profesio-

nal sanitario la valoración de la gravedad de la situación. Resulta asimismo pertinente residenciar la apreciación de la gravedad en el profesional médico, conforme a un principio de autoridad, que le sitúa en el lugar idóneo para distinguir la trascendencia de la intervención.

Debe prestarse atención a aspectos tales como los criterios culturales propios del menor y su familia; a si la consulta es rutinaria o con motivo de urgencia.

En segundo lugar, como factores contextuales de relevancia debe prestarse atención a aspectos tales como los criterios culturales propios del menor y su familia; a si la consulta es rutinaria o con motivo de urgencia; o a si la enfermedad es aguda o crónica. De este modo, se recurre a un criterio adaptativo, alejado de las presunciones y de los tratamientos apriorísticos de los posibles conflictos, facilitando la individualización de la acción médica a las circunstancias particulares presentes en el menor y su entorno, así como las propias de la acción médica.

Una vez planteados los importantes retos ético-jurídicos que suscita el proceso de toma de decisiones sanitarias en el caso de niños y adolescentes, es importante abordar las peculiaridades que reviste el consentimiento informado en tales supuestos. En este sentido, aun en los casos en los que se haya alcanzado la convicción de la falta de capacidad del menor para la toma de decisión sanitaria concreta, el principio fundamental que debe regir la labor de los profesionales es que el

menor no competente tiene igualmente derecho a ser informado de su tratamiento. Por tanto, el despliegue del principio bioético de autonomía exige un mayor protagonismo, también del paciente menor de edad, lo que está demostrado que reporta innegables beneficios, tales como la mayor satisfacción por la atención médica, una cooperación con el tratamiento más elevada, una superior sensación de control del tratamiento y, de modo particular, la exhibición del deseado respeto por las capacidades del menor, lo que favorece su propio desarrollo.

El despliegue del principio bioético de autonomía exige un mayor protagonismo, también del paciente menor de edad.

En esta línea, el *Real Colegio de Pediatras de Inglaterra* ha elaborado un conjunto de pautas de actuación que implica:

1. *Informar* al menor, de forma adecuada y proporcional a su nivel de comprensión.
2. *Escuchar* al menor, cuando es posible, fomentando su opinión y participación.
3. *Incorporar su opinión* a la toma de decisiones, con asunción de responsabilidad proporcionada.
4. Considerar al menor competente como *decisor principal*.

Sin duda, estas directrices integran un protocolo de actuación ajustado a las exigencias de la Bioética, llamados a reubicar al menor en el centro de la acción sanitaria, como protagonista de la actuación atinente a su salud.

2. Rechazo del tratamiento

Existe una combinación de criterios objetivo -mayores de dieciséis años- y subjetivo -menores de dieciséis años maduros-

Por último, es preciso efectuar una sumaria referencia a la trascendente cuestión que entraña el eventual *rechazo a los tratamientos* en el menor. En este sentido, de modo sintético, el marco interpretativo de la Ley Básica de Autonomía del Paciente, tras su modificación en 2015, permite sostener que existe una combinación de criterios objetivo -mayores de dieciséis años- y subjetivo -menores de dieciséis años maduros-, valorados la madurez real del menor, el contexto de la toma de decisión y los riesgos inherentes. Asimismo, es preciso tener en cuenta que la presunción de mayoría de edad sanitaria a partir de los dieciséis años no opera ante la existencia de grave riesgo para la vida o salud del menor. De modo que, en tal supuesto, la decisión corresponde a los representantes legales del niño o adolescente, conforme al superior interés del menor. De ser la decisión de los padres contraria al mejor interés del niño o adolescente, el estado de necesidad habilita a actuar a los profesionales médicos en salvaguarda del superior interés del menor, en casos

de urgencia. De no concurrir razones de urgencia, procede demandar el auxilio de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal.

Se trata de una solución legal proporcionada y que permite de modo ordinario la decisión del menor mayor de dieciséis años, estableciendo una ponderada excepción ante los supuestos de grave riesgo para la vida o salud del menor, en que la decisión paterna cuenta con el mecanismo de control médico y judicial.

V. ESTATUTO DEL MENOR COMO VÍCTIMA

Hemos expuesto las particularidades de la información clínica que debe recibir el menor de edad, así como el modo concreto en que debe verificarse el consentimiento informado a una decisión sanitaria que le afecte. Se ponderaba, a este respecto, cómo la información que se facilite al niño o adolescente, que tiene derecho a recibir, ha de ser adecuada y proporcionada a su grado de comprensión y madurez. Sucede igual con sus derechos en cuanto potencial víctima de un hecho delictivo. Ello exige la intervención de profesionales capacitados para valorar el grado de madurez del menor y que cuenten con habilidades específicas para comunicar información significativa para el mismo, en el ámbito sanitario, pero también en los contextos policial y procesal. Cuando la norma penal ha sido transgredida, y ello constituye una ofensa de los bienes jurídicos de un menor, se exige un especial celo de los operadores policiales y jurídicos en la garantía de sus derechos, por su situación cualificada de vulnerabilidad.

Se exige un especial celo de los operadores policiales y jurídicos en la garantía de sus derechos, por su situación cualificada de vulnerabilidad.

En esta línea, la *Ley Orgánica 8/21, de Protección Integral a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia*, de 4 de junio, representa un cambio de paradigma en la articulación de un modelo eficaz de protección del menor en cuanto

víctima. El cambio de marco realmente se inicia en 2015, con la aprobación de la Ley 4/15, de 27 de abril, en cuya virtud se aprueba el *Estatuto de la Víctima del Delito*. Esta opción legislativa, que adoptó la forma de estatuto legal, en realidad implica un importante giro en la concepción tradicionalmente punitiva del propio sistema de justicia penal. Esto es, de una justicia sancionadora, que mira al delincuente, se abre paso a un modelo de **justicia restaurativa**, enfocada a la víctima. En consecuencia, en el instrumento legal de 2015 ya se consagran importantes derechos para la víctima de un delito, que consolidan su protagonismo y su rol activo en la dinámica del proceso penal. Entre ellos, destacan el derecho de toda persona víctima de un hecho delictivo a ser informada en todo momento; a entender y ser entendida; a estar acompañada; a la traducción o interpretación; así como el acceso a los servicios de asistencia y apoyo. Entre todas estas garantías, concebidas como auténticos derechos subjetivos de la víctima, llama la atención la referencia al derecho a entender y a ser entendido. En efecto, en el artículo 4.a) de la norma se reconoce el específico derecho a que las comunicaciones tengan lugar “*en un lenguaje claro, sencillo y accesible*”, ponderando las circunstancias personales de la víctima, con especial atención a los supuestos de personas en situación de diversidad funcional. No puede ser de otro modo. Las exigencias de claridad y sencillez

en el lenguaje son garantías para que el menor, en cuanto víctima, pueda erigirse en el auténtico protagonista del proceso. Estas notas representan la culminación del cambio de modelo, de la senda emprendida hacia una justicia restaurativa.

Esta línea de actuación, comenzada con la ley de 2015, configurada como Estatuto de la Víctima, se ve reforzada con la Ley Orgánica de 2021. En efecto, con su aprobación se consolida un marco reforzado de protección para los niños y adolescentes víctimas de delito. En esa clave, algunos de los derechos ya reconocidos en el Estatuto adquieren una especial significación, que procedemos analizar de un modo sistemático.

La clave de bóveda del nuevo sistema es el reconocimiento de un derecho a la atención integral de la víctima menor.

En primer lugar, la clave de bóveda del nuevo sistema es el reconocimiento de un derecho a la **atención integral** de la víctima menor, previsto en el artículo 12, que comporta mecanismos de protección institucionales, articulados a través del nuevo organismo denominado como la *Oficina de Asistencia a las Víctimas*, así como una apuesta clara por facilitar el acceso a los canales de protección, acompañamiento y atención terapéutica, asesoramiento y apoyo a la familia, entre otros aspectos diferenciales.

Constituye un paso fundamental, pues en la norma se concibe este derecho a la atención in-

tegral como una suerte de abanico, al objeto de procurar a los menores víctimas, medidas de protección, apoyo, acogida y recuperación. De este modo, se prevé que la atención se prolongue en el tiempo, y no solo en el momento inicial posterior a la agresión a sus bienes jurídicos, sino que se garantiza que el menor sea acogido por las instituciones adecuadas, cuando ello sea necesario, así como que, a consecuencias del hecho delictivo pueda disfrutar de un proceso de recuperación. Esta opción particular es consecuente con el modelo de justicia restaurativa ya apuntado, que sitúa el centro de gravedad en la víctima, en lugar del agresor.

Desde este punto de partida, el alcance de la atención integral garantizada es amplio, pues incluye ámbitos como la información y el acompañamiento psicosocial y educativo de la víctima. Desde el punto de vista subjetivo, además que de la propia víctima, asimismo se contempla la atención y apoyo a la unidad familiar. Como un avance singular, se prevé una actuación conjunta de las administraciones sanitaria y educativa, así como de los servicios sociales, para garantizar la atención temprana de los menores de seis años que presente trastornos de desarrollo o riesgo de padecerlo.

Se prevé una actuación conjunta de las administraciones sanitaria y educativa, así como de los servicios sociales, para garantizar la atención temprana.

Otra cuestión destacada es la expresa referencia a que las administraciones implicadas desempeñen la atención en un entorno amigable para el menor, aspecto sobre el que tenemos oportunidad de profundizar en el próximo punto.

Se consagra el derecho del menor, como víctima, a ser oído y escuchado, con plenas garantías y sin límite de edad.

En segundo lugar, en el artículo 11 del instrumento normativo, se consagra el derecho del menor, como víctima, a ***ser oído y escuchado***, con plenas garantías y sin límite de edad, sin el umbral antecedente que representaba la edad de doce años. Dicha garantía se configura como un derecho universalmente accesible, en todo proceso judicial o administrativo, orientado a los fines de acreditación de la violencia y reparación de la víctima, con la única posible restricción, de forma motivada, precisamente en garantía del superior interés del niño o adolescente.

De un modo complementario, en el artículo 11 de la norma, se prevé la *especialización de los profesionales y metodologías* empleadas, así como la *dotación de espacios especialmente idóneos* para garantizar la escucha, con adecuación de los espacios físicos, en particular, para las víctimas en edad temprana.

En tercer lugar, en el artículo 10 se establece el derecho a la ***información y asesoramiento*** de los menores víctimas. Esta información que han

de prestar las administraciones públicas, se encauzará a través de la Oficina de Asistencia a las Víctimas, y ha de comprender las medidas legales aplicables en su caso particular, así como los canales de denuncia e información existentes. Desde el ámbito personal, la información habrá de ofrecerse tanto al menor, como a sus representantes y a una persona de su confianza por él designada. En este punto, debe plantearse la posibilidad de concurrencia de conflictos de intereses, en los supuestos en que la agresión proceda del propio entorno familiar del menor, lo que justificaría que el menor prefiera confiar en una persona distinta a quien en tal momento ejerce su representación legal. Debe considerarse una medida coherente con el principio bioético de autonomía.

En cuarto lugar, en el artículo 14 de la ley, se dispone el derecho a la **asistencia jurídica gratuita** de los niños y adolescentes víctimas de delito, como una garantía pensada en refuerzo de su protección jurídica. En tal sentido, el supuesto ya planteado de que la agresión proceda del propio ámbito familiar, podría entrañar un factor de obstaculización de la denuncia o la continuación de la acción penal, lo que asimismo, a buen seguro acontecería en los casos de una mayor precariedad económica. De este modo, la consagración de este derecho a la asistencia gratuita es claramente acorde con el principio bioético de justicia.

Sobre la base de estas pinceladas legislativas, podemos afirmar que el sistema jurídico de protección a las víctimas en el caso de conflictos derivados de la comisión de un hecho delictivo, ha experimentado notables avances, que buscan situar al menor en el centro de los esfuerzos normativos, procesales e institucionales. Si bien, queda camino por recorrer, para lograr la efectividad de los mecanismos ideados, constituyendo un particular desafío conseguir la formación de los operadores jurídicos, tanto como los policiales y asistenciales, para escuchar y atender adecuadamente a niños y adolescentes.

Es preciso seguir profundizando, tanto en las entrevistas orales como en los materiales escritos, en la elección del lenguaje idóneo.

Conviene tener presente que su propia condición de víctimas del delito aumenta la vulnerabilidad inherente a su edad y grado de madurez. Por todo ello, es preciso seguir profundizando, tanto en las entrevistas orales como en los materiales escritos, en la elección del lenguaje idóneo para que el menor comprenda el fin de las actuaciones, tanto como en la aplicación generalizada de los criterios propios de la Pedagogía y la Psicología evolutiva, que permitan escuchar y entender mejor el discurso de los menores víctima de delitos, en las entrevistas sociales y en las declaraciones. De todo ello dependerá la efectividad del sistema de protección al menor, que está en la clave ética de nuestro propio desarrollo como sociedad avanzada.

VI. UNA JUSTICIA AMIGABLE PARA EL MENOR: CLAVES PSICO- LÓGICAS, AMBIENTALES Y ESPA- CIALES

1. Contextualización

En un ejercicio de ficción, pensemos en un menor que ha sufrido una agresión constitutiva de violencia física, psicológica o contra la libertad sexual. En algunos supuestos, con un esfuerzo importante, el menor decidiría relatar el suceso a sus padres o a algún familiar. Ordinariamente estos le animarían a acudir a una sede policial, para interponer denuncia. Alguno de sus progenitores la interpondrían, actuando en su nombre e interés. Entonces, el menor, ante los funcionarios y en las dependencias policiales, habría de ofrecer nuevamente su versión de los hechos, constituyendo un episodio doloroso para el mismo y en un contexto profesional, aunque presumiblemente frío o desconcertante para él. En una situación normal, de confirmarse indiciariamente los hechos denunciados, la fuerza policial emitiría un atestado, relatando objetivamente los hechos objeto de denuncia. De este modo, el menor, acompañado de sus familiares, habría de declarar nuevamente ahora ante un juzgado de instrucción. Tal vez se remitiría a lo ya denunciado, pero posiblemente tanto el juez como el fiscal, así como los abogados preten-

derían hacerle alguna pregunta para aclarar extremo alguno, Finalmente, muchos meses, cuando no años, más tarde el menor habría de ratificar su versión ante un juzgado o tribunal enjuiciador, debiendo revivir nuevamente los hechos con su testimonio y en un escenario con otras personas y en el que, a pesar de los mecanismos para evitar la confrontación física y visual, estará el propio agresor.

La propia condición del menor justifica la adopción de medidas que impidan que el menor haya de ofrecer tantas versiones.

Este ejercicio de ficción no es un hecho aislado, y revela un funcionamiento ordinario de la justicia, que es perfectamente aplicable a la investigación y enjuiciamiento de muchos delitos. Sin embargo, resulta evidente que la propia condición del menor justifica la adopción de medidas que impidan que el menor haya de ofrecer tantas versiones y en un período de tiempo tan dilatado, en garantía de su propio desarrollo personal, a fin de evitar procesos secundarios de revictimización por todos indeseables.

Pero al mismo tiempo, existe un motivo sólido –distinto a la protección del menor– que fortalece este argumento, como es que las distintas versiones sobre los hechos, principalmente cuando ha pasado un tiempo considerable, opacan la propia verdad material y confunde con aspectos fácticos que, tal vez, no hayan acontecido.

2. Preconstitución de la prueba: la exploración del menor víctima o testigo

Por todo ello, hace tiempo que se inició una línea procesal que prioriza el superior interés del menor, por la vía de la prueba preconstituida, prevista en los artículos 449 Bis y 730.2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Esto es, que la declaración del menor, en el momento inicial de la instrucción, grabada con el soporte adecuado, pueda ser considerada como prueba hábil para su introducción en el juicio, sin necesidad de que el menor haya de comparecer nuevamente. Para su validez procesal, es preciso que se practique en condiciones de inmediación y contradicción, esto es, que las partes puedan interrogar al menor, a presencia judicial, en el modo en el que tendría lugar en el acto de juicio, bastando posteriormente su reproducción durante la vista.

La declaración del menor, en el momento inicial de la instrucción, grabada con el soporte adecuado, pueda ser considerada como prueba hábil.

Esta situación ha sido expresamente incorporada a la Ley de Enjuiciamiento Criminal, en su artículo 449 Ter, a partir de la Ley Orgánica 8/21, siendo obligatorio que el órgano instructor acuerde la práctica de la prueba preconstituida respecto de los menores de catorce años y personas necesitadas de especial protección, en relación a la investigación de los hechos delictivos más graves. Específicamente para los menores y personas

El juez o tribunal podrá acordar que la intervención del menor tenga lugar a través del personal de los equipos psicosociales.

protegidas, se establece la garantía de los apoyos y accesibilidad que fueren necesarios.

Adicionalmente, el juez o tribunal podrá acordar que la intervención del menor tenga lugar a través del personal de los equipos psicosociales en apoyo del órgano judicial, operando de un modo interdisciplinar y valorando especialmente las circunstancias personales, familiares y sociales del testigo menor.

Para ello, cada vez con más frecuencia se recurre al modelo que se conoce como sistema de *Cámara Gesell*.

La Cámara Gesell implica que ni las partes ni el juez o magistrado interroguen directamente al menor necesitado de protección. De este modo, y para evitar la propia presión ambiental y solemnidad que emana del funcionamiento y las instalaciones donde se ubica el órgano judicial, el menor se encontrará en un lugar diferente de la sala de justicia en que se hallen el órgano judicial y las partes. Así la entrevista y el contacto con el menor correrá a cargo de un psicólogo de la clínica forense, que le transmitirá al menor las cuestiones que planteen el juez, el Ministerio Fiscal y las partes, lo que garantizará que pueda dirigirse al menor en un lenguaje y de una forma que le resulte comprensible la situación. Y al mismo tiempo, el

menor podrá responder en un contexto de menor presión ambiental.

Como venimos analizando, la entrada en vigor de la *Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia*, aprobada en 2021 ha supuesto un cambio de modelo en diferentes áreas. En este contexto, es preciso detenernos en una dimensión especial. En efecto, en el marco del derecho a la atención integral del menor, previsto en el artículo 12.4 de la norma, se consagra la recomendación de que la atención de los menores se lleve a cabo “*en espacios que cuenten con un entorno amigable adaptado al niño, niña o adolescente*”.

Se consagra la recomendación de que la atención de los menores se lleve a cabo “en espacios que cuenten con un entorno amigable adaptado al niño, niña o adolescente”

3. El proyecto Barnahus

¿En qué consiste esa justicia amigable o adaptada al menor víctima de violencia?

Para responder a esta cuestión, hemos de valorar que no se trata de una construcción teórica o experiencia piloto aislada, sino que constituye una estrategia conjunta de la Unión Europea y el Consejo de Europa, que en España reviste la forma de “*Proyecto conjunto para el Fortalecimiento de la justicia adaptada a la infancia a través de cooperación y coordinación efectiva entre diferentes servicios Barnahus en las regiones de España*”.

La expresión **Barnahus** procede de Islandia, y significa “*la casa de la infancia*”.

*Un centro
Barnahus está
pensado para
que los menores
víctimas o
testigos de
un delito lo
identifiquen
como un lugar
seguro donde
sentirse cómodos
y a salvo.*

Se trata de una experiencia de largo recorrido en algunos países como es el caso de Islandia, así como del Reino Unido. El primer centro Barnahus fue inaugurado en Islandia en 1998.

Un centro Barnahus está pensado para que los menores víctimas o testigos de un delito lo identifiquen como un lugar seguro donde sentirse cómodos y a salvo. Tan ambicioso objetivo exige que el lugar revista unas condiciones muy particulares, así como que el personal del centro ostente un elevado grado de especialización y sensibilidad, para proteger al menor en su desempeño profesional.

Aunque partimos de un modelo caracterizado por la flexibilidad, para su adaptación a cada entorno cultural y jurídico, en cada centro Barnahus deben existir 4 espacios: la sala de protección a la infancia; la sala de justicia penal; la sala de reconocimiento médico y la sala de tratamiento terapéutico. Cada uno de estos ambientes del hogar Barnahus está concebido para desempeñar una labor específica, tendente a garantizar el objetivo último que es la protección de los menores.

De este modo, la experiencia que se viene generalizando en toda Europa en las últimas dos décadas, permite disponer de un servicio integral y centralizado, que unifica en un mismo entorno los servicios necesarios en el tratamiento de un supuesto de violencia que tiene al menor como víctima: esto es, los servicios policial, de protección a la infancia, justicia y salud. Se trata de una estrategia fundamental, pues precisamente uno de los aspectos más penosos para los menores, además de la indeseable dilación en el tiempo de los procesos y la reiteración en las entrevistas, es precisamente las diferentes sedes a que ordinariamente ha de acudir, y los distintos profesionales con los que tiene que interactuar. Ahí radica una de las principales bondades de la estrategia de los centros Barnahus, que representan un entorno único, interdisciplinar, donde los profesionales operan de un modo deliberadamente coordinado, y donde los menores –y su entorno– pueden sentirse cómodos y seguros.

Un servicio integral y centralizado, que unifica en un mismo entorno los servicios necesarios en el tratamiento de un supuesto de violencia.

De forma complementaria, cada estancia del centro Barnahus estará acondicionada y dispuesta de un modo confortable y con los elementos decorativos necesarios para propiciar un ambiente acogedor. Así, frente a la oficialidad de los organismos policiales y judiciales, la apariencia del centro se asemeja más a un hogar que un despacho u oficina. También se logra con este modelo

El objetivo último es evitar que la víctima haya de sufrir procesos secundarios de victimización.

que, en el momento preciso, el menor pueda pasar sencillamente de una estancia a otra sin necesidad de largas esperas y evitando que pudiera confrontar con su agresor o personas de su entorno. El objetivo último es evitar que la víctima haya de sufrir procesos secundarios de victimización, por razón del propio procedimiento, en que habrían de hacerse valer sus derechos.

4. Recomendaciones y buenas prácticas

En este marco, un organismo como la Agencia de la Unión Europea para los Derechos Fundamentales, publicó un documento en 2017, basado en las experiencias de los propios menores y los profesionales, bajo el título "*Justicia adaptada a la Infancia: perspectivas y experiencias de los niños y profesionales*". Su fundamento es analizar la estrategia emprendida para lograr una justicia amigable o adaptada a los menores, precisamente desde la perspectiva de la garantía de sus derechos reconocidos en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea aprobada en 2000 -y reformada en 2009-, fijando el acento en la garantía de la **participación** de los menores en el proceso judicial.

De esta reflexión se extraen algunos de los aspectos clave de la justicia adaptada al menor, y hacia donde debemos dirigir los esfuerzos para la

mejor protección de niños y adolescentes. Como se aprecia en el análisis ponderativo de fortalezas y debilidades, algunas cuestiones ya han sido incorporadas a la LO 8/21, de *Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia*. Incluso en esos aspectos, resta camino por delante para garantizar una justicia completamente amigable para el menor.

A. Derecho del menor a ser oído

Este derecho subjetivo, consagrado normativamente en el marco de la Unión Europea, el Consejo de Europa y las Naciones Unidas, está íntimamente ligado a la participación de los propios menores en el proceso. El contenido fundamental de este derecho se condensa en la relevancia de escuchar al menor y en la posibilidad de expresar su punto de vista para garantizar su efectiva intervención.

B. Participación del menor

Como hemos analizado, resulta esencial garantizar la participación efectiva de niños y adolescentes en procesos en los que son protagonistas, a partir de su condición procesal de víctima o testigo. Hay numerosos instrumentos normativos de la Unión Europea que prevén esta participación en el ámbito penal. Sin embargo, entre los princi-

Resulta esencial garantizar la participación efectiva de niños y adolescentes en procesos en los que son protagonistas.

pales desafíos se encuentran extender dichas medidas para la participación del menor en el contexto de los procedimientos civiles -en particular en los que se ventilan cuestiones relaciones con guarda y custodia-, así como establecer medidas específicas para su participación en procesos en que se investigan específicas formas delictivas, tales como la trata de seres humanos y la explotación sexual.

Entre las garantías procesales previstas para la intervención de las víctimas menores destacan la exigencia de reducción del número de audiencias con menores; su celebración en espacios especialmente diseñados; que los profesionales intervinientes sean especialistas, y, a ser posible, una misma persona en todas las actuaciones con un mismo menor -lo que favorece lograr su confianza y proporcional tranquilidad y seguridad al menor-; la evitación del contacto visual entre niños y adultos implicados; la grabación de las declaraciones de los menores, para permitir su reproducción y evitar la reiteración en las comparencias de menores; que las comparencias de niños y adolescentes no sean públicas; y su acompañamiento por el representante legal o adulto de su elección. Asimismo, por regla general, es más beneficioso para el menor declarar a través de una pantalla en lugar de hacerlo de forma presencial, evitando un mayor nivel de estrés al niño o adolescente.

C. Determinación del grado de madurez

Sin duda, un aspecto esencial para determinar el grado de participación que puede tener en el proceso el menor es su nivel de madurez. Sería recomendable contar con estándares objetivos o escalas, como hemos analizado que concurre en el terreno sanitario, a fin de determinar el grado de competencia del menor para decidir acerca del tratamiento médico o su rechazo al mismo. Se trata de una cuestión biológica y resulta evidente que, al ser oído, el nivel de comprensión y la propia expresión del menor aparecerá condicionada por su madurez vital.

Al ser oído, el nivel de comprensión y la propia expresión del menor aparecerá condicionada por su madurez vital.

Ante esta realidad, los organismos de la Unión Europea estiman imprescindible avanzar para proporcionar a los profesionales herramientas útiles para la evaluación individualizada de cada menor.

D. Directrices para tomar declaración al menor

El conjunto de las garantías analizadas tiene un objetivo final que no es otro que el *superior interés del menor*. Desde esta clave, es fundamental proporcionar directrices claras a los profesionales intervinientes -operadores jurídicos; funcionarios policiales; psicólogos; educadores- para lograr el objetivo de adaptar la comunicación a las necesidades del menor víctima o testigo.

En este terreno, destacan la experiencias de países como el Reino Unido y, en particular, Finlandia, en los que desde hace años cuentan con protocolos en vigor acerca del modo de dirigirse a los menores, para favorecer su comprensión de los detalles. Esta forma de conducirse los profesionales adaptada a la infancia, incide en que los menores aprecien mayor seguridad y accedan a participar en el proceso de un modo más efectivo. Sólo cuando para dirigirse al menor los profesionales lo hacen desde un *lenguaje accesible y significativo* -según su grado concreto de madurez- la comunicación resulta ser eficaz.

Sólo cuando para dirigirse al menor los profesionales lo hacen desde un lenguaje accesible y significativo -según su grado concreto de madurez- la comunicación resulta ser eficaz.

E. Órganos especializados

La creación de grupos policiales y tribunales especializados constituye una demanda recurrente de los profesionales implicados en la protección de la infancia. En realidad, es una consecuencia lógica a las acciones emprendidas para el logro de una justicia adaptada a la infancia o amigable para ella. Es cierto que existen hace años unidades especializadas de la Policía Nacional y la Guardia Civil, para afrontar, entre otras cuestiones, las relacionadas con la protección de la infancia, como es el caso de los *Equipos de Mujer – Menor* (EMU-ME) o de las *Unidades para la Atención de Familia y Mujer* (UFAM). Pero es asimismo necesaria la creación de órganos judiciales especializados en

la violencia contra la Infancia y la Adolescencia. En España, desde 2021, existe un caso pionero. Está ubicado en el Juzgado de Instrucción nº 3 las Palmas de Gran Canaria, con un marco competencial determinado específicamente y nació como una experiencia piloto, a fin de garantizar una justicia adaptada a niños y adolescentes.

F. Espacios adaptados a la infancia

Hemos analizado en puntos anteriores la importancia de contar con espacios estratégicamente ideados para lograr el confort del menor y que garanticen un lugar en que poder llevar a cabo todos los pasos precisos en el procedimiento. En el supuesto ideal, el inmueble habría de asemejarse externa e internamente a un hogar, y contar de forma integrada, con espacios próximos para la atención policial, judicial, sanitaria y asistencial. Sin duda supone un avance para ir eliminando barreras, de cara a que el menor perciba la actuación en su defensa como adecuada. Resulta vital avanzar para que los trámites no resulten reiterativos, ni supongan un estrés emocional añadido al menor, para evitar los llamados procesos secundarios de victimización.

El inmueble habría de asemejarse externa e internamente a un hogar.

La experiencia comparada revela modelos de enorme interés. Así, en Polonia y Bulgaria se han desarrollado las “*salas azules*”, que incluyen un

Se aboga por que los menores estén exentos del sometimiento a las pruebas para garantizar la insuficiencia de medios económicos.

espacio de visualización tras un espejo bidireccional para los operadores jurídicos. Del mismo modo, en Islandia y otros países, las entrevistas a menores tienen lugar en las “*casas de niños*”, caracterizadas por prestar múltiples servicios, deliberadamente situadas lejos de los tribunales.

G. Asistencia jurídica gratuita

La asistencia jurídica gratuita y la accesibilidad de la representación legal integran garantías previstas en el ordenamiento jurídico de las Naciones Unidas y de la Unión Europea. En este sentido, se aboga por que los menores estén exentos del sometimiento a las pruebas para garantizar la insuficiencia de medios económicos. Idénticamente resulta fundamental que el menor pueda acceder sencillamente a la asistencia de un representante legal, cuando los titulares de la patria potestad no estén autorizados para representar al menor. Esta recomendación se impone como una exigencia inderogable en aquellos supuestos en que concurra un conflicto de intereses, principalmente cuando el proceso guarde relación con los familiares de su entorno más próximo.

H. Información al menor

El derecho de información del menor parte en un procedimiento, se contempla expresamente

en la LO 8/21, como parte del proceso de implementación de las directivas comunitarias sobre la materia. Tal vez el aspecto clave de esta exigencia de información a niños y adolescentes sea ofrecer respuesta a los interrogantes sobre cuándo, dónde y de qué informar a los menores.

En el Reino Unido sí se ha procedido a la elaboración y publicación de materiales sobre los diferentes procedimientos penales y civiles en que puede intervenir un menor. Sin duda, éste es el camino para lograr la información integral y efectiva, que permite al niño y adolescente sentirse protagonista central del proceso. Estos materiales normalizados permiten su adaptación a la edad y madurez de cada menor, de manera que los dirigidos a los niños más pequeños cuentan con dibujos y el recurso a puzzles y otros juegos para despertar su interés; mientras que los destinados a informar a los mayores ofrecen más detalle, a través de imágenes más realistas y diagramas.

Es decisivo que estos materiales puedan estar disponibles en todo lugar, y no solo a expensas de que asociaciones o ONGs para la protección de la Infancia los faciliten en determinados casos o en lugares determinados. En clave de buenas prácticas, es absolutamente recomendable que las citaciones y notificaciones dirigidas a menores no

El aspecto clave de esta exigencia de información a niños y adolescentes sea ofrecer respuesta a los interrogantes sobre cuándo, dónde y de qué informar.

empleen la terminología legal, en lugar de un lenguaje significativo y adaptado al menor.

Curiosamente los menores consultados apuntan como una práctica beneficiosa para su interés, el que se les informe tras su comparecencia, acerca del efecto que ha producido su intervención. Piénsese en un proceso para determinación del titular de su guarda y custodia, donde parece razonable que al menor se le informe acerca de si sus opiniones o deseos han de ser sólo escuchados o, por el contrario, deben ser tenidos en cuenta a la hora de tomar una decisión que le afecta.

Asimismo, es imprescindible que la información tenga lugar, además de por escrito, en modo oral por un profesional, ordinariamente el juez. En esta línea lo deseable es poder proporcionar la información de relevancia del proceso en todas sus fases, sin necesidad de revelar detalles innecesarios del fondo del asunto, que no sean recomendables por la edad o grado de madurez del menor, o sus necesidades especiales. Así, por ejemplo, es necesario poder facilitar información en todo caso acerca del paradero de un adulto o su situación procesal, en los asuntos delictivos, o sobre su presencia o intervención en cada actuación procesal.

Es necesario poder facilitar información en todo caso acerca del paradero de un adulto o su situación procesal.

En esta clave de avance, resulta primordial que el menor sepa para qué sirve el lugar en que se

encuentra, así como qué efectos produce su intervención en cada momento.

I. Apoyo al menor durante el procedimiento

La necesidad de adoptar medidas de apoyo durante el procedimiento no comprende únicamente a niños o adolescentes víctimas, sino que también está prevista para los familiares directos. En este sentido, las directivas específicas aprobadas para la prevención y lucha contra la trata de seres humanos, y para la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los niños y la pornografía infantil, contemplan esta necesaria prestación de asistencia, apoyo y protección de las víctimas menores, y cuando resulte preciso a sus familias.

Esta opción legislativa resulta muy comprensible, desde el punto de vista de que, con frecuencia, las consecuencias del hecho delictivo, afectarán al propio menor, pero también a sus familiares más próximos. Sólo hay que pensar en decisiones jurídicas como son las incomunicaciones derivadas de las prohibiciones judiciales de aproximación y comunicación, de los menores en relación a los investigados, cuyos efectos condicionarán el modo de vida concreto de todos los integrantes del núcleo familiar. Pues bien, en esta clave, es esencial que ese apoyo se concrete en asesoramiento a la

Las consecuencias del hecho delictivo, afectarán al propio menor, pero también a sus familiares más próximos.

víctima y sus familiares. La atención debe incluir no sólo información, sino ayuda previa para la preparación de las vistas, haciendo previsible con días de antelación el objeto de su intervención y el hecho de acudir a los órganos judiciales.

En este sentido el profesional del punto de contacto debe proporcionar al menor apoyo emocional durante el procedimiento, prepararle para las distintas fases y trámites, facilitar información necesaria de un modo adaptado la infancia y, especialmente, garantizar medidas específicas para niños con necesidades especiales, como es el caso de menores extranjeros no acompañados, niños en programas de acogimiento, menores víctimas de violencia o niños con discapacidad. En estas situaciones cobra mayor relevancia, si cabe, que el profesional logre forjar una relación de confianza y la coordinación con el resto de recursos implicados, a nivel policial, judicial y asistencial.

El profesional del punto de contacto debe proporcionar al menor apoyo emocional durante el procedimiento, prepararle para las distintas fases y trámites.

J. Garantías procesales para la protección del menor

En el momento actual, la grabación de la totalidad de las actuaciones procesales supone una enorme garantía, que permite evitar el contacto directo, visual o auditivo del menor, principalmente en las causas seguidas por hechos delictivos contra un menor, aunque también en las explora-

ciones de menores practicadas en procedimientos de familia, en que de tener lugar la entrevista del menor en unidad de acto junto al resto de partes y testigos, ello conllevaría un nivel de presión e intimidación del menor. Por tanto, resulta una garantía fundamental que las exploraciones de los menores puedan recibirse en acto separado de la vista principal, exclusivamente en presencia del juez y del representante del Ministerio Fiscal, y de este modo garantizar unas condiciones de tranquilidad óptimas para el menor.

Sin embargo, existen situaciones previas y posteriores a la práctica de las actuaciones judiciales, que pueden generar consecuencias indeseables para los menores. En particular, es exigible establecer protocolos adecuados para que los menores no tengan por qué encontrarse con los adultos implicados en el proceso, en los momentos de espera, previos o ulteriores a la vista, o en la sede de los órganos judiciales. Es evidente que la intimidación no sólo se materializa con la palabra, sino desde el cruce de miradas o la simple presencia en un espacio compartido puede general una situación anímica de terror para el testigo o víctima menor. De ahí que resulte conveniente establecer medidas específicas para evitar esos contactos innecesarios que afectan a la intimidad y al ánimo del menor.

Resulta una garantía fundamental que las exploraciones de los menores puedan recibirse en acto separado de la vista principal.

K. Derecho a la intimidad y confidencialidad del menor

Para la propia seguridad y bienestar de los menores, resulta esencial garantizar un entorno ambiental que no les resulte hostil. Desde este punto de vista, es importante garantizar que en la dinámica de funcionamiento de los edificios judiciales y policiales, el menor no entre en contacto con investigados o con familiares con los que media un conflicto. Para ello, es oportuno disponer salas de espera apropiadas, con entradas separadas.

Resulta recomendable excluir al público de las salas de vistas, emplear conexiones de vídeo en directo o incorporar declaraciones -exploraciones- grabadas.

Del mismo modo, en la normativa comunitaria en materia de protección de datos de carácter reservado, se exige a los Estados miembros la protección de la intimidad, la identidad y la imagen de las víctimas menores de edad, así como se proscribe la divulgación de información relevante que pueda favorecer su identificación. En esta línea, resulta recomendable excluir al público de las salas de vistas, emplear conexiones de vídeo en directo o incorporar declaraciones -exploraciones- grabadas con anterioridad, al objeto de salvaguardar la intimidad del niño o adolescente, cuya intervención es necesaria en el procedimiento.

Precisamente, en relación a la divulgación o filtrado de datos referentes a los procedimientos de malos tratos o abusos cometidos sobre víctimas

menores, tiene lugar un doble fenómeno. Por un lado, la experiencia revela episodios de estigmatización o acoso de los menores víctimas, en sus centros escolares, barrios o localidades, al trascender datos que permiten su identificación. Por otro lado, sin embargo, el mismo efecto de la publicidad mediática, a priori lesiva para el menor víctima, puede desencadenar un segundo efecto, potencialmente beneficioso, al permitir la concienciación social frente a los ataques a víctimas menores.

L. Derecho a la no discriminación

En la normativa comunitaria que reconoce los derechos de las víctimas, se prevé la cláusula general de que los derechos se aplicarán de forma no discriminatoria. Se trata de un principio general, que aparece complementado con la exigencia de que las víctimas sean reconocidas y tratadas “de manera adaptada” en sus contactos con los servicios de apoyo y las autoridades. Esta exigencia se concreta en la necesidad de proporcionar a los menores víctimas servicios especializados, que tomen en consideración factores como su procedencia étnica o nacional, su sexo y su discapacidad. En este sentido en el Reino Unido se cuenta con materiales adaptados a los menores y según su lengua. Del mismo modo son prácticas adecuadas contar con personal policial o judicial

capacitado para entrevistarse con los menores en lengua de signos o la existencia de pautas para entrevistarse con personas con necesidades especiales de protección por su discapacidad intelectual.

Se antoja esencial que los Estados velen por el establecimiento de medidas de no discriminación, adaptadas a las necesidades especiales de los menores.

El principio general de respeto a la igualdad determina el trato diferente a las situaciones especiales, por ello, se antoja esencial que los Estados velen por el establecimiento de medidas de no discriminación, adaptadas a las necesidades especiales de los menores, cuando concurren situaciones excepcionales de vulnerabilidad.

En este marco, en la normativa de la Unión Europea en materia de protección de víctimas se presta una especial atención al establecimiento de medidas para la promoción del acceso a la justicia. Para lo cual, es necesario garantizar el acceso equitativo de todo menor a la asistencia jurídica, la representación legal y el apoyo para los menores en situación vulnerable. En este sentido, es imprescindible la remoción de barreras e impedimentos físicos, tanto como afrontar las necesidades específicas de traducción o interpretación, para menores integrantes de colectivos vulnerables.

M. Formación de los profesionales

La necesidad de especialización de los profesionales jurídicos y sociales encargados del trato a

los menores víctimas es un desafío evidente para cualquier país. Sin embargo, lejos de conformar únicamente un objetivo deseable, debe concretarse en que los profesionales que interactúan con los menores cuenten con formación específica sobre los derechos de la Infancia, comunicación verbal y no verbal adaptada, sobre desarrollo infantil. Estos recursos facilitarán que tanto el mensaje que se transmite como el que recibe resulta eficaz, en el trato con niños y adolescentes. Asimismo los profesionales deberían contar con recursos especializados para tratar a cada menor según su grupo de edad, a fin de poder dirigirse a ellos en un lenguaje que les resulte significativo.

Formación específica sobre los derechos de la Infancia, comunicación verbal y no verbal adaptada, sobre desarrollo infantil.

N. Cooperación multidisciplinar

El análisis en profundidad de todos los factores estudiados invita al trabajo de cooperación interdisciplinar entre todos los actores del proceso, en orden a lograr una justicia íntegramente adaptada al menor. En este sentido, algunas experiencias comparadas resultan de interés, como es el caso del modelo “tándem” propio de los sistemas de Finlandia y Reino Unido; las unidades médicas multidisciplinarias especializadas en Croacia, Francia y España; así como los modelos de cooperación multidisciplinar, existente en Alemania.

Es clara la importancia de contar con el apoyo de psicólogos a la hora de dirigir al menor las cuestiones.

La finalidad última que persigue la arquitectura del modelo de justicia adaptada es el superior interés del menor, protagonista necesario de todos los esfuerzos y en cada fase del procedimiento, pero sus consecuencias prácticas son ciertamente deseables. En este sentido, en el aspecto concreto de la entrevista al menor, es clara la importancia de contar con el apoyo de psicólogos a la hora de dirigir al menor las cuestiones, incluso para el manejo adecuado de la información que el niño o adolescente proporciona.

En el fondo, con la noción de justicia amigable, prevista estratégicamente para hacer frente a abusos y agresiones a niños y adolescentes, se establece un paralelismo con el propio funcionamiento de la Bioética, en que resulta, no solo deseable, asimismo imprescindible, el trabajo coordinado de los distintos profesionales implicados. Volvamos, una vez más, a una situación en que es necesario la opción o rechazo por un tratamiento médico completo. En un momento antecedente el paciente, niño o adulto, habrá debido recibir una información clínica suficiente y el paciente, o su representante legal, habrá de haber prestado el consentimiento informado. Pues bien, en esa situación, no excepcional en la práctica clínica, habrán intervenido ordinariamente el paciente y sus familiares; el profesional o los profesionales sanitarios; y en los supuestos más conflictivos para los

intereses y derechos en juego, podría resultar necesario solicitar el criterio de los profesionales integrantes del comité de Ética, de manera que juristas, sanitarios y eticistas podrían aportar criterios razonables para la aproximación al conflicto, en aras a proporcionar vías adecuadas de solución. Esta es, por tanto, la línea de actuación deseable y adecuada para garantizar unos sistemas de justicia y salud adaptados a la Infancia. Un abordaje de los retos y tareas, que son afrontados desde diferentes puntos de vista y perspectivas profesionales, pero dirigidos a garantizar el respeto al superior interés del menor.

VII. REFLEXIÓN FINAL

*Representa un
avance notable
en aras a lograr
una protección
efectiva del
menor.*

Un sistema eficaz de protección de la infancia y la adolescencia no sólo debe estar conformado por herramientas de índole jurídica. En su configuración es necesario atender a indeclinables exigencias éticas, de modo que esté garantizada la participación del menor en todos los frentes, en atención a su papel central y protagonista de la acción protectora. Este enfoque -que nos atrevemos a llamar *niñocéntrico*- del marco de protección legal e institucional representa un avance notable en aras a lograr una protección efectiva del menor, y es respetuoso con las directrices que marcan los principios bioéticos clásicos.

En clave de la atención sanitaria, garantizar la *autonomía* del menor implica la superación del paternalismo clásico, propio de la relación entre médico y paciente. Es decisivo tomar en consideración los criterios del paciente menor de edad, de acuerdo a su madurez, como un mecanismo para fortalecer éticamente la intervención o el tratamiento médico. Significa adoptar una postura de respeto por su libertad y por el conjunto de creencias u opiniones que integran su acervo religioso y cultural. De modo complementario, el principio de *beneficencia* debe plasmarse en una acción médica que tienda a conseguir el bien que el propio paciente, o sus familiares directos, desean para él.

Ante las situaciones de transgresión de la norma penal, la condición de víctima del niño o adolescente debe activar, de un modo inmediato y eficaz, una dinámica de especial protección para el menor y su entorno, desde el momento en que la comisión de un hecho delictivo es un factor que acentúa su vulnerabilidad. Es preciso que el menor entienda y sea entendido, y para ello debe garantizarse una comunicación eficaz y significativa para el mismo y, de un modo esencial, que el menor sea escuchado.

Por ello, atrevernos a hablar acerca de una *justicia amigable* para el menor, implica mucho más que los recursos, espacios y profesionales sirvan a las necesidades de atención de niños y adolescentes de un modo adecuado. Mucho más. En realidad, supone hablar de una justicia *coloreada* en sus formas y medios visibles, pero que, al mismo tiempo, es mucho más eficaz en los mecanismos establecidos para la investigación de los hechos objeto de denuncia y en las medidas fijadas para la evitación de nuevos hechos delictivos contra los menores.

Supone hablar de una justicia coloreada en sus formas y medios visibles, pero que, al mismo tiempo, es mucho más eficaz en los mecanismos.

Y es que escuchar al menor implica contar con los medios para ello. Supone el asesoramiento y la asistencia en las entrevistas de profesionales psicólogos que faciliten la comunicación con los menores. Conlleva disponer de los recursos ade-

cuados para dirigirse a cada niño y adolescente según su edad, sus antecedentes familiares y culturales. Exige disponer de medidas específicas de protección para superar cualquier barrera en los casos de menores con necesidades educativas especiales o en los que no está acompañado en el país por sus familiares. Se trata de establecer unas condiciones ambientales en que el menor se sienta seguro y cómodo. Que sepa que no va a toparse con quien ha vulnerado sus derechos o lo ha favorecido u ocultado.

Una justicia orientada a la Infancia asimismo presupone la agilidad de los trámites en los supuestos de desprotección del menor. Disponer de los recursos adecuados para que el menor siempre pueda desarrollar unas relaciones de apego seguras con los adultos que tienen encomendada su guarda y custodia. Que niños y adolescentes puedan imaginar un futuro en el que no estén sus familiares que no les cuidaron adecuadamente o los adultos que les hicieron daño. Por ello, una justicia adaptada al menor es, en realidad, una justicia amigable para un menor feliz, con un futuro predecible y justo, deseable y objetivamente bueno. Una justicia donde su desarrollo integral -afectivo, educativo y físico- es posible, en el entorno más adecuado.

Solo una concepción de la justicia verdaderamente adaptada al menor es compatible con la Declaración de los Derechos del Niño, aprobada en 1959 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. La exigencia de especial protección del menor, consagrada en la Declaración universal, entraña un esfuerzo de la totalidad de los poderes públicos en el trato que ha de dispensarse al menor en cualquier circunstancia y ámbito, velando por sus derechos e intereses, para garantizarle siempre un desarrollo integral como persona.

Solo una concepción de la justicia verdaderamente adaptada al menor es compatible con la Declaración de los Derechos del Niño.

En el momento actual, la letra y el espíritu de la Declaración de los Derechos del Niño, constituyen un estímulo para el desarrollo, no solo de una justicia o una relación sanitaria o escolar amigables para el menor. Es preciso que los efectos de este enfoque se trasladen al propio ámbito de la Ética, en el trato y la consideración general de los adultos hacia cada menor. Así, el menor no es ya una persona merecedora de una especial protección, sino que ha de ser el propio centro de toda acción política o social a él dirigida. Oír a los menores implica valorarles, ponderar su necesidad de especial protección, y, finalmente, diseñar todo un sistema para garantizar su superior interés. Niños y adolescentes, llamados a ser protagonistas de su futuro, han de ser, con mayor razón, constructores de su presente.

*Se trata de
un camino
iluminado por el
faro de la justicia
restaurativa.*

El modelo de justicia ha emprendido un camino imparable para consolidar a las víctimas como auténticos protagonistas. Se trata de un camino iluminado por el faro de la justicia restaurativa. Y, desde este nuevo enfoque, el proceso para la atención de la víctima, no finaliza con la imposición de una sanción al ofensor. Es imprescindible acompañar a la víctima, especialmente a los menores de edad, en su proceso de recuperación integral. El ofendido pasa a ser protagonista, porque, muy por encima de su condición de víctima, es persona, y el Derecho busca hacer realidad esta exigencia ética.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- * APPELBAUM, P.S., y GRISSO, T. **'Assessing patients' capacities to consent to treatment.** New England Journal of Medicine, 319, 1635-1368.1988.
- * BEAUCHAMP, T.I. y CHILDRESS, J.F. **Principles of Biomedical Ethics**, (4^a ed.) Estados Unidos: Oxford University Press. 1994. 260.
- * BLASCO IGUAL, M.C. El Consentimiento Informado del Menor en materia sanitaria, **Revista de Bioética y Derecho**, Universidad de Barcelona, 35, 32-42. 2015.
- * BRITISH MEDICAL ASSOCIATION & THE LAW SOCIETY. **Assesment of Mental Capacity, Guidance for doctors and Lawyers.** BMA. Londres, 1995.
- * ESPEJO, M., MIQUEL, E, ESQUERDA, M y PIFARRÉ, J. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida. **Medicina Clínica.** 136, 26-30. 2011.
- * EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, **Justicia adaptada a la Infancia: perspectivas y experiencias de los niños y los profesionales.** Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Viena. 2017.

- * ESQUERDA ARESTÉ, M., PIFARRÉ PAREDERO, J. y MIQUEL FERNÁNDEZ, E. La capacidad de decisión en el menor. Aspectos particulares de la información en el niño y en el joven, **Anales de Pediatría Continuada**, 11(4), 205. 2013.
- * GRACIA, D. Bioética y Pediatría. En: Reyes, M. y Sánchez M, (Eds.) **Bioética y Pediatría: proyectos de vida plena** (pp. 29-39). Madrid: Ergon. 2010.
- * GRACIA, D. JARABO, y., MARTÍN ESPÍLDORA, N. y RÍOS, J., Toma de decisiones en el paciente menor de edad. **Medicina Clínica**, 117, 179-190, 2001.
- * KOHLBERG L. **Psicología del desarrollo moral**. Desclée de Brouwer; 1992.
- * LOZANO VICENTE, A. Bioética Infantil: Principios, Cuestiones y Problemas. **Acta Bioética**, 23 (1), 152, 2017.
- * MARTÍNEZ GONZÁLEZ, C. La Actualidad de los Principios de la Bioética en Pediatría, **Anales de Pediatría Continuada**, 11 (1), 54, 2013.
- * MAYORAL, J. Ètica en els serveis socials: Infància y Adolescència. **Papers d'Acció Social**, 8, 2009.
- * MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030, Informe inicial, proyecto conjunto UE – Consejo de Europa, Fortalecimiento de la Justicia adaptada a la Infancia a través de la cooperación y coordinación efectiva entre diferentes servicios Barnahus en las regiones de España. 2022.

- * PIAGET, J., INHELDER, B. **The psychology of the child**. New York: Basic Books. 1969.
- * ROBERT, E.S. y SCOTT, C.D. Committee on Drugs and Committee on Pediatric Research. **Pediatrics**, 125, 850-860. 2010.
- * ROTH, L.H., MEISEL, A, y LIDZ, C.W., Tests of competency to consent to treatment, **American Journal of Psychiatry**, 134, 279-284. 1977.
- * ROYAL COLLEGE OF PEDITRICIANS AND CHILD HEALTH., **Withholding or withdrawing life saving treatment in children: a framework for practice** (2nd ed.), Londres. 2004.
- * RUIZ, J.M. El valor jurídico de las decisiones del menor maduro: visión desde el derecho. En DE LA TORRE, F.J. (Ed.) **Adolescencia, Menor maduro y Bioética**. Madrid: Comillas. 2011.
- * SÁNCHEZ JACOB, M., TASSO CERECEDA, M., MARTÍNEZ GONZÁLEZ, C., DE MONTALVO JÁÁSKELÄINEM, F., RIAÑO GALÁN, I., COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, Reflexiones del Comité de Bioética de la AEP sobre el rechazo de tratamientos vitales y no vitales en el menor, www.analesdepediatria.org, **Anales de Pediatría**, 87 (3):175.e1-175.e6. 2017.
- * SIURANA APARISI, J.C. Los Principios de la Bioética y el Surgimiento de una Bioética Intercultural, **Veritas**, 22 (marzo), 122. 2010.

REFERENCIAS LEGALES

- * Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento criminal.
- * Declaración de los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1959, de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- * Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente.
- * Ley 4/2015, de 27 de abril, de Estatuto de la Víctima del Delito.
- * LO 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia.

Manuel Ruiz Martínez-Cañavate

Es Fiscal en la Sección Territorial de Torremolinos, de la Fiscalía Provincial de Málaga, España.

Es Doctor en Derecho y Ciencias Sociales, por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), con una tesis doctoral bajo el título *Neurociencia, Ética y Derechos Humanos*, que ha dado lugar a una monografía de idéntico título en la editorial Dykinson.

Tiene diferentes publicaciones sobre Bioética y Bioderecho, habiendo impartido ponencias y dirigido cursos sobre estas materias.

Entre sus líneas de investigación destacan los Derechos Humanos, Neuroética y Neuroderecho, así como Bioética y Bioderecho, con particular interés en cuestiones referentes protección de la Infancia y la Adolescencia, al Envejecimiento y la Demencia; el proceso de muerte, Eutanasia y Cuidados Paliativos; y medidas judiciales de protección de la diversidad funcional.



Otros números de Cuadernos de ética en clave cotidiana:

- Nº23: El educador cosmopolita global: pedagogías, valores y competencias profesionales. Luis Aranguren Gonzalo y César García-Rincón de Castro
- Nº22: Bioética y soporte nutricional en el final de la vida. Francisco Rivas García
- Nº21: Conversar, un arte a recuperar. Enrique Lluch Frechina y Luis Illueca Vicente
- Nº20: Sobre el género de la identidad. Aspectos fundamentales para comprender los debates en torno al sexo, el género y la identidad. Silvia Martínez Cano.
- Nº19: Una mirada a la pandemia desde Cáritas. Rafael Allepuz Capdevila y Jesús Pérez Mayo.
- Nº18: Ética en atención primaria. Nazaret Maldonado del Arco.
- Nº17: Cuidados paliativos. Jacinto Bátiz Cantera.
- Nº16: Ética social para niñas y niños. Guía práctica para padres y educadores. César García-Rincón de Castro.
- Nº15: Los confinados. Manual de resistencia (para salir fortalecidos tras el covid-19). F.J. de la Torre Díaz.
- Nº14: Vivir (des)conectado. Aspectos éticos del uso (y abuso) de los dispositivos móviles. Isidro Catela Marcos.
- Nº 13: Acompañar en la fase final de la vida. Natividad Jiménez Sánchez, Nazaret Maldonado del Arco y María Dolores Nieto Martín.
- Nº 12: Ética y Derechos Humanos. Gisela Giner Rommel.
- Nº 11: Paseos para hacer en compañía. José Luis Pareja Rivas.

- Nº 10: Internet y las redes sociales, aspectos éticos. Margarita Martín Martín.
- Nº 9: Ética y vida: La bioética. Rafael Junquera Estefani y Ana M^a Marcos del Cano.
- Nº 8: Los agentes de la Cooperación Internacional al Desarrollo. Una mirada ética. Patricia Rodríguez González.
- Nº 7: Videojuegos, gamificación y reflexiones éticas. Margarita Martín Martín y Luis Fernando Vílchez Martín.
- Nº 6: Función Social de la empresa: Una propuesta de evaluación ética. Elisa Marco Crespo y Enrique Lluch Frechina.
- Nº 5: Ética del Cuidado y Mayores. Los cuidados a las personas mayores desde un horizonte ético y en la búsqueda de la calidad de vida. Rosario Paniagua Fdez.
- Nº 4: Introducción a la Ética Familiar. Victor Chacón, CSsR.
- Nº 3: Interpelación ética de las mujeres que ejercen la prostitución. M^a Luisa del Pozo.
- Nº 2: Ética y Escuela. Juan José Medina Rodríguez y M^a Isabel Rodríguez Peralta.
- Nº 1: Bases éticas para la mejora de nuestra organización económica y política. Enrique Lluch Frechina y Rafael S. Hernández.
- Nº 0: El Don que transforma, una mirada moral desde el carisma redentorista. Carlos Sánchez de la Cruz.

Puedes descargarlos en la página web: <http://funderetica.org/cuadernos/>

ética

cuadernos de
ética
en clave cotidiana



Perpetuo Socorro

Centro Residencial para Personas Mayores



Editorial Perpetuo Socorro
Covarrubias, 19, 28010 Madrid

C/ Félix Boix, 13 28036 Madrid
fundraising@funderetica.org
www.funderetica.org