



Revista Colombiana de Bioética

ISSN: 1900-6896

ISSN: 2590-9452

revistacolombianadebioetica@unbosque.edu.co

Universidad El Bosque

Colombia

Alba Bermúdez*, Juan Manuel

El derecho a decidir de los pacientes menores de edad

Revista Colombiana de Bioética, vol. 14, núm. 2, 2019, Julio-, pp. 9-18

Universidad El Bosque

Colombia

DOI: <https://doi.org/10.18270/rcb.v14i2.2468>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189261513002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El derecho a decidir de los pacientes menores de edad

The right to decide of the minor patients

O direito de decisão dos doentes menores de idade

Juan Manuel Alba Bermúdez*
Universidad De Las Américas

Resumen

El objeto de estudio en el presente artículo es analizar la compleja situación que se suscita en el ámbito sanitario cuando un menor de edad declina un tratamiento médico por motivos religiosos, ideológicos, culturales o de cualquier otra índole. Con el propósito de encontrar solución a dicho interrogante se analiza el concepto de *menor de edad*, al igual que el término *menor maduro*, tan arraigado en la cultura y legislación occidental. Asimismo, se sugiere un protocolo de actuación médica para la atención de los menores al ingresar en un hospital en estado de urgencia o emergencia y tenga que valorarse el grado de madurez. Las conclusiones extraídas son extrapolables a cualquier ordenamiento jurídico que pretenda garantizar un mayor respeto y atención a las decisiones de los menores de edad.

Palabras claves: Menor, derechos, objeción, conciencia, salud, bioética y toma de decisiones.

Abstract

The object of study in this article is to analyze the complex situation that arises in the sanitary field when a minor declines medical treatment for religious, ideological or any other reasons. In order to find a solution to this question, the concept of minor is analyzed, as is the term less mature, which is so deeply rooted in western culture and legislation. Likewise, a medical protocol is organized for the care of minors when they enter a hospital in a state of emergency or emergency and the degree of maturity must be assessed. The conclusions drawn can be extrapolated to any legal system that tries to guarantee greater respect and attention to the decisions of minors.

Keywords: Minor, rights, objection, conscience, health, bioethics, practice and making decisions.

* Doctor en Derecho (Ph.D) por la UNED. Licenciado en Derecho en la Universidad de Cádiz. Máster en Derechos Fundamentales con especialidad en Bioderecho por la UNED. Máster en Prácticas Jurídicas y Ejercicio de la Abogacía, con especialidad en Derecho Matrimonial. Estudios de Derechos Humanos en la Université Catholique de Lyon. Profesor de bioética de la Universidad De Las Américas (2013-2018). Abogado ejerciente en Parra&cia abogados (actual). Correo de contacto: juanmanuel.alba@gmail.com. Artículo recibido: 04.12.2018; artículo aceptado: 30.07.2019.

Resumo

O objeto de estudo deste artigo é analisar a complexa situação que surge no campo da saúde quando um menor declina um tratamento médico por motivos religiosos, ideológicos ou qualquer outro. Com o objetivo de encontrar uma solução para essa questão, o conceito de menor é analisado, bem como o termo menor maduro, tão arraigado na cultura e na legislação ocidentais. Da mesma forma, um protocolo médico para o atendimento de menores é sugerido quando eles entram em um hospital em estado de emergência e emergência e precisam avaliar o grau de maturidade. As conclusões tiradas são extrapoladas para qualquer sistema jurídico que procure garantir maior respeito e atenção às decisões dos menores.

Palavras-chave: Menor, direitos, objeção, consciencia, saúde, bioética, práctica e tomada de decisões.

INTRODUCCIÓN

Analizar los derechos del menor de edad en el ámbito sanitario resulta más complejo de abordar que el partir con una persona adulta plenamente capaz de tomar sus propias decisiones, al tratar con personas especialmente protegidas por el Estado. Es por ello que queremos reducir el universo comprendido del menor de edad a toda persona que no ha llegado a cumplir los dieciocho años, como se regula en España (Art. 12 C.E. y 322 C.C.) y en la mayoría de legislaciones occidentales¹.

1. EL MENOR DE EDAD Y SUS DERECHOS

Precisamente, la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del niño, del 20 de noviembre de 1989, establece que “[...] que se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. Tal premisa encuentra su justificación en el concepto de *dignidad humana*, reconocida en el preámbulo y artículo 1 de la DUDH, al igual que en el artículo 10 de la Constitución española, relativos a *De los derechos y deberes fundamentales*.

Si continuamos con el mismo ordenamiento jurídico, anteriormente citado, la Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 12.2, reconoce al menor el “Derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño” y, en el artículo 12.3, la “[...] oportunidad de ser escuchado [...] que afecte al niño”.

Por su parte, el artículo 13 versa sobre la libertad de expresión. Igualmente, el artículo 14.1 insta a los Estados a respetar “el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”, y la posibilidad de “profesar la propia religión o las propias creencias...” (Artículo 14.3). De conformidad con lo mencionado, el artículo 16 señala que “ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales [...] ni ataques ilegales a su honra y a su reputación”. Y, el artículo 34 exhorta a los Estados a “proteger al niño”. Una vez consagrada la percepción del menor de edad y los derechos que le asisten, analizaremos la evolución conceptual y el alcance del señalado término.

2. CONCEPTO Y ALCANCE DEL TÉRMINO MENOR MADURO

La evolución legislativa a favor del adolescente, con el paso del tiempo, ha logrado configurar el

¹ Entre ellas se destacan: Alemania (Art. 38.2 Constitución); Francia (Art. 388 C.C.), Bélgica (Art. 343); Inglaterra (Family Law Reform Act. 1969); Suiza (Art. 136 Constitución); Irlanda (4.3a Age of Majority Act. 1985).

concepto tan popular hoy día de *menor maduro*. La referida noción se originó en la década de los setenta en los Estados Unidos, conocida en el ámbito jurídico como la “doctrina del menor maduro” (Sánchez, 2005, p. 56). Debido a las numerosas demandas presentadas por los padres en oposición a los médicos por realizar sus actividades sin el consentimiento del menor, la Académica Americana de Pediatría, en 1970, estableció que:

[...] cualquier menor que presente problemas físicos o emocionales puede dar su consentimiento para recibir asistencia médica cuando es capaz de tomar decisiones racionales y dicha asistencia, puede verse comprometida por el hecho de informar a sus padres o tutores legales. (Mérida, 2014, p. 14)

Como consecuencia, se inicia una nueva etapa que concibe el término *menor* como aquel joven mayor de trece años y menor de dieciséis años que, aun no habiendo alcanzado los dieciocho años —mayoría de edad civil—, tiene la capacidad de obrar, al poseer elementos notorios de juicio y discernimiento de su situación.

Adicionaremos que en el *novum* concepto de *menor* se plasma la axiomática capacidad del menor de gozar/disfrutar de sus derechos, junto con la facultad de tomar sus propias decisiones acorde a ellos. Con dicho criterio, se emprendió el forjamiento de un debate médico-legal desde el espectro ético que sigue sin resolverse en muchos países hasta nuestros días. A nivel estadístico, la doctrina del *menor maduro* es conocida por los profesionales de salud que se hallan en sus labores médicas entre los últimos cinco a diez años, en un porcentaje más significativo, que aquellos que acrecientan un período de diez años en el ámbito médico. Continuando en la temática que nos asiste, la Comisión Central de Deontología de Colegios de Médicos de España, en relación a la ética sanitaria en dependencia

al menor maduro, estableció que es aquel joven que puede “comprender, evaluar, expresar y jerarquizar el alcance de sus acciones” (Hernández, 2014, p. 135), y las decisiones van en función de su madurez.

El inconveniente más abundante se plantea cuando el menor, por motivos ideológicos o médicos, rechaza determinadas vacunas de carácter obligatorio en muchos países, a la edad de 11, 12 y 14 años. Igualmente, situaciones relativas a las prácticas sexuales, consumo de sustancias, comportamientos, adicciones, o sencillamente la renuncia a una transfusión sanguínea, por ir en contra de su conciencia, educada en los principios bíblicos, como en el caso de los jóvenes Testigos de Jehová (véase Romeo Casabona, 1998, pp. 327-358).

El original e inusitado concepto del *menor maduro* conmuta por completo las percepciones clásicas y tradicionales enraizadas en el ámbito privatista —civil— de la “capacidad natural” (Martínez, 1992, p.1409), o de la “edad natural” (Vázquez-Pastor, 2009, p. 45), para aludir a la capacidad del menor de autorizar, entender y, hasta cierta esfera, permitir determinados actos de notoriedad jurídica. Es por ello que la noción *competent minor* es fuertemente criticada por la doctrina civilista, al sustentar que pertenece al entorno bioético y, sustancialmente, al derecho sanitario, y que, en consecuencia, carece de aplicación en el área civilista.

3. DIFICULTAD EN DEFINIR LA MADUREZ

La progresión a la madurez de un joven es un concepto inextricable de determinar, pues envuelve a un tiempo al ser heterogéneo y diferente en cada adolescente. Sin embargo, determinadas edades adquieren fijo significado desde la óptica legal y social, entre ellos:

- *7 años:* La Iglesia católica considera que es la edad donde se adquiere el uso de la razón y, por tanto, puede realizar la primera eucaristía².
- *14 años:* Capacidad para consentir relaciones sexuales³.
- *16 años:* Voto facultativo⁴, contraer matrimonio⁵, conducir vehículos, emancipación, etc.
- *18 años:* Mayoría de edad.

No es palmario precisar cuando una persona —adolescente— adquiere la categoría de *joven adulto* y, por ello, ostenta los elementos de juicio asaz para tomar decisiones serias y responsables. Sin embargo, dicho razonamiento no es óbice para incurrir en el usual error de privar al menor de elegir sus propias decisiones, coligiendo una posible vacilación con respecto a la madurez del menor. De aplicarse este criterio tan restrictivo y tasado, de igual forma sería objeto de análisis y abstracción la mayoría de edad, la emancipación o la edad mínima para sufragar; tesis inconcebible en algunos ordenamientos. Asimismo, es un craso error privar a un menor de edad de elegir, o al menos expresar, sus preferencias en un tratamiento médico.

A este respecto, Marín López señala que “[...] hacer depender la audiencia de un criterio subjetivo como el que examinamos es más racional y eficaz pues con ello se otorga una protección adecuada a cualquier menor maduro, con independencia de su edad” (Guilarte, 2009, p. 149). De tal manera que el criterio subjetivo del menor actúa como garante de sus derechos y un amplio respeto al principio de autonomía.

Tener en consideración la opinión de un menor y, por ende, su petición, es una garantía y protección no solo para el personal médico, sino también para el centro hospitalario, pues nada priva que un menor de edad posea elementos de juicio suficientes y sea plenamente capaz de comprender las circunstancias que le envuelven. De hecho, a partir de los doce años existen mecanismos indiscutibles para llegar a la conclusión de que el menor posee la capacidad para entender la magnitud de las actuaciones que le afectan y, entonces, decidir al respecto, o al menos la facultad de ser escuchado. Incluso existen estudios basados en la teoría cognitiva de Piaget y del razonamiento moral de Kohlberg que sostienen que la conciencia moral y la madurez se adquieren con el tiempo, es decir, la madurez moral y cognitiva se obtiene entre los 13 y 15 años. La Academia Americana de Pediatría esquematiza la adolescencia en tres etapas, ellas son:

2 Se considera que la edad es la adecuada para diferenciar lo malo de lo bueno, y que pueda diferir el Pan Eucarístico de un pan normal. En su texto *Quan Singulari* (1910), Pío X afirma que “es la misma edad en que el niño llega al uso de su razón; [...] normas que deberán observarse en todas partes: I) La edad de la discreción, tanto para la confesión como para la Sagrada Comunión, es aquella en la cual el niño empieza a racionar; esto es, los siete años, sobre poco más o menos. Desde este tiempo empieza la obligación de satisfacer ambos preceptos de la Confesión y Comunión”.

3 En relación con ello, el artículo 183 del Código Penal español establece que: “El que realice actos de carácter sexual con un menor de dieciséis años, será castigado como responsable de abuso sexual a un menor con la pena de prisión de dos a seis años”.

4 Austria (Art. 26 Ley constitucional federal); Argentina (Ley 346, Art. 7); Ecuador (Art. 62.2 Constitución).

5 España (Art. 12 C.E.); México (Art. 148 C.C.); Ecuador (Art. 89 C.C.).

- *Primera Adolescencia:* entre los 10-13 años —cambios físicos—;
- *Adolescencia Media:* entre los 14-17 años —conflictos sociales y familiares—;
- *Adolescencia Tardía:* entre los 18-21 años —tareas y responsabilidades maduras—.

Es por ello que algunos psicólogos, entre ellos Kohlberg y Piaget, consideran que la conciencia moral tiene una relación directa con la edad cronológica. Dicha madurez comienza en la

heteronomía moral y finaliza en la autonomía moral, y se identifica con una estructura de tres niveles:

Nivel 1. Preconvencionales (7-12 años)

- Estadio 1. Moralidad heterónoma.
- Estadio 2. Moralidad individualista.

Nivel 2. Convencional (12 años)

- Estadio 3. Moralidad interpersonal.
- Estadio 4. Moralidad del sistema social.

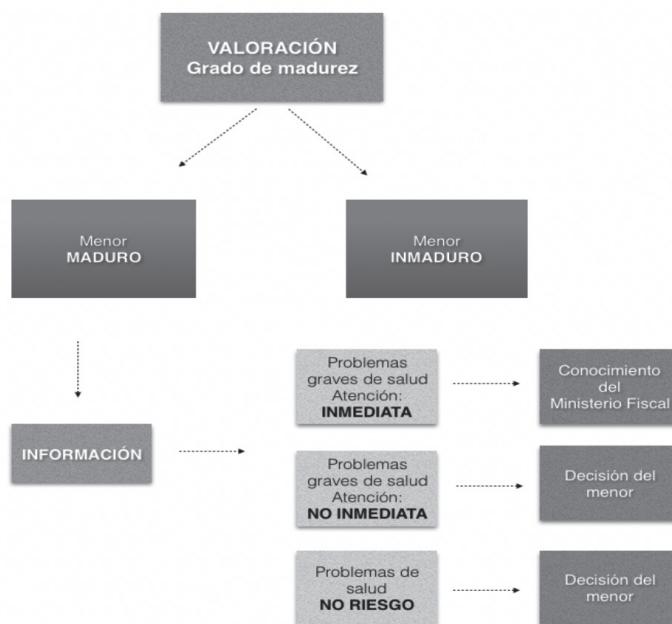
Nivel 3. Postconvencional (solo algunos adultos)

- Estadio 5. Moralidad: Derechos Humanos/Bienestar Social.
- Estadio 6. Moralidad: Principios éticos, universal, reversible y prescriptivos.

4. ATENCIÓN MÉDICA AL MENOR DE EDAD

En el caso del *menor* que demande asistencia médica o como muy acertadamente se refiere Romeo Casabona “joven paciente”, que objetive un tratamiento médico, será en primera instancia el médico tratante quien tenga la responsabilidad/obligación de determinar el *grado de madurez* del menor. Con una mirada en la guía del Colegio de Médicos de Barcelona, *Asistencia de Menores, Adolescente y Malos Tratos*, recomendamos las siguientes pautas en la atención sanitaria con los menores (ver figura 1).

Figura 1. Atención médica al menor de edad



Fuente: adaptación del autor de la guía *Asistencia de Menores, Adolescente y Malos Tratos*, Colegio de Médicos de Barcelona.

Queremos destacar con este tema, y especialmente con la figura 1 anteriormente citada, que indubitablemente el médico es el responsable de la salud del paciente —menor de edad— pero, además, debe ser el garante y veedor de los dere-

chos del menor. El médico tiene que promoverse como defensor e impulsar acciones cuando se suscite alguna de las siguientes situaciones, que cuestionan o pueden contravenir la decisión del menor:

- Los padres del menor abusan de su autoridad —patria potestad— que resulta en detrimento de la salud del menor;
- El menor atenta contra sus propios intereses —menor inmaduro—;
- Discrepancia de opiniones —razonamientos— entre el menor y los padres, que proponen una alternativa lesiva para el menor;
- Enfrentamiento entre los padres que utilizan la situación del menor para fines personales.

Ante las situaciones señaladas, el médico facultado deberá informar a las autoridades competentes —fiscalía o juzgado de guardia, según legislación— y comunicar objetivamente las circunstancias, sin intentar presionar o incidir en la resolución de los funcionarios judiciales. Asimismo, notificar el incidente al comité de bioética del centro hospitalario para que tercie, previo a una disposición legal.

El escenario es disímil cuando un menor, de *manera voluntaria*, se presta a una intervención quirúrgica por motivos estéticos. En esta ocasión, no estaríamos ante la protección a la salud e interés superior del menor, a este respecto, en su obra *La problemática del menor maduro en la obtención del consentimiento informado*, Benac Urroz opina lo siguiente:

No parece que sea posible, ni seguramente resultara deseable, que el ordenamiento jurídico positivo dé respuesta a cuestiones que tan íntima conexión guardan con el centro u origen de la personalidad humana; se hace preciso buscar la ayuda de otras ciencias o disciplinas como la ética, la medicina o la deontología para encontrar la solución. Pero en todo caso debe tenerse presente el principio general que plantea por las diferentes normas internacionales y de derecho interno que

se ocupan de esta cuestión, cual es el de la supremacía de interés de los menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir, y que las limitaciones a su capacidad de obrar se interpreten de forma restrictiva. (2004, p. 99)

La temática de la autodeterminación del menor tuvo gran impacto en España, y gran repercusión en el mundo, a partir de la conocida y, al mismo tiempo, controvertida Sentencia del Tribunal Constitucional (STC 154/2002, del 18 de julio)⁶. En dicha Sentencia se acentuó el profundo interés del alto Tribunal en consagrar el respeto sistemático a la decisión de un menor y excluir cualquier indicio delictivo por parte de sus progenitores.

La STC 154/2002 finiquitó cualquier tipo de duda referente a si debe o no tomarse en cuenta la decisión de un menor en su tratamiento médico. Fueron persistentes las críticas vertidas por los medios de comunicación al Tribunal por su posicionamiento y perspectiva a favor del menor, al otorgarle la libertad de decidir cómo *joven adulto*. Las reprobaciones resultaron ser cuantiosas, primordialmente, al citar de manera textual la Sentencia:

El menor expresó con claridad, en ejercicio de sus derechos a la libertad religiosa y de creencias, una voluntad, coincidente con la de sus padres, de exclusión de determinado tratamiento médico. Es éste un dato a tener en cuenta, que en modo alguno puede estimarse irrelevante y que además cobra especial importancia dada la inexistencia de tratamientos alternativos al que se había prescrito. Ahora bien, lo que fundamentalmente interesa es subrayar el hecho en sí de la exclusión del tratamiento médico prescrito, con independencia de las

⁶ Dicha sentencia resolvió el recurso de amparo 3468/97, interpuesto por los padres del menor en contra de la Sentencia de la Sala Penal del Tribunal Supremo que los condenaba por un delito de homicidio.

razones que hubiera podido fundamentar tal decisión. Más allá de las razones religiosas que motivaban la oposición del menor, y sin perjuicio de su especial trascendida (en cuanto asentadas en una libertad pública reconocida por la Constitución), cobra especial interés el hecho de que, al oponerse el menor a la injerencia ajena sobre su propio cuerpo, estaba ejercitando un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato corporal -como distinto de derecho a la salud o a la vida- y que se traduce en el marco constitucional como un derecho fundamental a la integridad física. (Art. 15 de la C.E.).

Son apreciables las variadas alusiones y, sin reticencia, que el Tribunal Constitucional efectúa a favor del menor de edad al mencionar en todo momento sus derechos constitucionales y el ejercicio de sus derechos fundamentales al oponerse y objetar en puridad a determinado tratamiento médico que de manera responsable, juiciosa y sensata considera contrario a los dictámenes de su conciencia.

Por lo mencionado, en caso de suscitarse una controversia donde un menor de edad rechace o manifieste su negativa a un determinado tratamiento médico, el juez puede aplicar criterios muy parecidos a los establecidos en la STC 154/2002, del 18 de julio. En definitiva, existen dos posturas desemejantes que suscitan lidi en la conducta moral de los menores, y estas son el modelo paternalista y el autonomista:

- *Modelo paternalista:* considera que el menor es incapaz de tomar sus propias decisiones, especialmente, en lo relacionado con su vida. Son los padres o tutores quienes deben decidir por el menor paciente.
- *Modelo autonomista:* sostiene que el menor puede tomar sus propias decisiones con suficiente madurez, al poder juzgar y valorar la situación que le asiste (Feito, 2007, p. 209).

La doctrina del menor maduro en el ámbito bioético implica una comprensión suficiente, con el propósito de valorar e implicarse de manera activa en la toma de decisiones en todo aquello que atañe a su salud. La presunción de autonomía de voluntad en un mayor de edad es incuestionable, mientras que en los menores de edad tiene que demostrarse la madurez con el fin de ejercer su capacidad de decisión. Dicha responsabilidad corresponde en primera instancia al médico que le asiste; valoración que puede resultar conflictiva si se precipita o bien demora en su evaluación. Es por ello que la opinión del facultativo, de ser estrictamente necesaria, debe sustentarse en un peritaje especializado y, finalmente, si la situación lo amerita, acudir a la autoridad judicial.

Bajo nuestro criterio, el modelo autonomista —con las observaciones explicadas— es el más certero y, por ende, debería emplearse en la mayoría de los centros hospitalarios. Bien es cierto que algunos pacientes —menores— no tendrán la madurez suficiente para tomar sus propias decisiones y, en consecuencia, el médico deberá apoyarse en criterios paternos. Sin embargo, sostener que algunos jóvenes son inmaduros no invalida la decisión de otros jóvenes maduros, y que como resultado estos últimos se vean perjudicados al manifestar sus deseos. Entendemos que más gravoso y plúmbeo es silenciar la voz de un joven maduro que consultar a los padres de un joven inmaduro.

Lamentablemente, la mayoría de los centros hospitalarios, y más concretamente los médicos, desconocen cómo actuar frente la objeción de un menor a determinado tratamiento médico y, peor aún, muchos, de manera deliberada, pretenden omitir, anular o desacreditar la decisión del menor. Por ello, recomendamos que se adopten las siguientes medidas:

1. Confidencialidad del estado de salud del menor, sus opiniones, deseos, solicitud, religión, ideología e inquietudes. El personal médico mantendrá el deber de guardar silencio, al igual que actuarían ante un adulto.
2. Evitar cualquier tipo de intimidación, coacción o presión hacia el menor.
3. Promover la participación y decisión del menor en todo lo relacionado a su salud.
4. Controlar el acceso de las personas que puedan comunicarse con el menor y, en cierto modo, incidir en su decisión, siempre y cuando el menor no autorice su entrada.
5. Restringir la información del menor a personas no autorizadas y que resulten irrelevantes en su estado de salud. Por ejemplo, personal administrativo del hospital, enfermeros, personal de limpieza, etc.
6. Respetar la decisión del menor, establecida en su consentimiento informado —verbal/escrito—.

5. CONCLUSIONES

Como se ha podido apreciar, el derecho a la libertad religiosa e ideológica se encuentra consagrado en la mayoría de los textos constitucionales, y es una facultad de la que dispone tanto el paciente como el personal médico —objeción de conciencia— frente a actuaciones que consideren contrarias a su moral y cosmovisión.

En este artículo hemos comprobado la gran importancia de respetar la decisión de los menores de edad en el ámbito médico, especialmente, cuando abordamos cuestiones íntimamente relacionadas con su autonomía. No en vano se determina el grado de madurez de la situación que le asiste al menor y, con ello, estipular la comprensión de la

magnitud de la atención médica —urgencia— y la racionalidad de la decisión.

Con dicho mecanismo se consigue evitar posibles injerencias o presiones heterónomas por parte del médico al paciente menor a que desista de su opinión inicial y ceda a la fuerza técnico-científica impuesta por el profesional —paternalismo—. El derecho a la objeción no tiene que ser aplicado con restricción ni con carácter selectivo, en el sentido de reprimir —este derecho— a las personas que se niegan a obedecer una determinada ley, o simplemente por ir en contra de sus ideales. En definitiva, el deseo del paciente, así se trate de un menor, debe prevalecer sobre la imposición de la ley o la praxis médica a autorizar o abstenerse de un procedimiento médico.

REFERENCIAS

1. Alba, J. M. (2016). Derechos del paciente: especial referencia a la legislación ecuatoriana. *RDU-NED: revista de derecho UNED*, 19, 493-510. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:RDUNED-2016-19-7160>
2. Alba, J. M. (2018). *La objeción de conciencia en el ámbito sanitario: especial referencia a la legislación ecuatoriana*. Madrid: UNED.
3. Albornoz, M. B. (2010). *En los márgenes el trabajo infantil como práctica cultura*. Quito: Flacso.
4. Amarilla, M. (2004). *El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia*. Barcelona: Chiesi España.
5. Arbesú, V. (2016). *La responsabilidad civil en el ámbito de la cirugía estética*. Madrid: Dykinson.
6. Areces, M. (2003). *El principio de laicidad en la jurisprudencia española y francesa*. Lerida: Universitat de Lleida.

7. Bandrés, F. (2009). *Biomedicina y Derecho Sanitario*. Madrid: Ademas.
8. Bandres, F. (2010). *Biomedicina y derecho sanitario*. Madrid: Ademas.
9. Benac, M. (2004). La problemática del menor maduro en la obtención del consentimiento informado. En *Autonomía del paciente, información e historia clínica: (estudios sobre la Ley 41/2002, de 14 de noviembre)*. Madrid: Thomson-civitas.
10. Callejo, J. (2009). *Preservación de la fertilidad en la paciente oncológica*. Barcelona: Glosa.
11. De Miguel Beriain, I. (2004). Consideraciones sobre el concepto de dignidad humana. *Anuario de filosofía del derecho*, 10, 2004, 187-212.
12. De Miguel Beriain, I. (2010). La objeción de conciencia del farmacéutico: Una mirada crítica. *Revista de Derecho de la UNED (RDUNED)*, 6, 173-198.
13. De Palma Del Teso, A. (2006). *Administraciones Públicas y protección de la infancia: en especial, estudio de la tutela administrativa de los menores desamparados*. Madrid: INAP.
14. Domínguez, A. (2007). *Derecho sanitario y responsabilidad médica, comentario a la ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica*. Valladolid: Lex nova.
15. Feito, L. (2007). *Problemas bioéticos en el inicio de la vida: ingeniería genética y clonación*. Madrid: Secretaría General Técnica, Ministerio de Educación y Ciencia.
16. Guijarro, C. (2009). *Aspectos civiles y penales de las crisis matrimoniales*. Valladolid: Lex nova.
17. Hernández, A. (2014). *Marketing sanitario evolución-revolución*. Madrid: ESIC-Business Marketing School.
18. Herreros, B. (2015). Terminología en bioética clínica. *Revista médica del Instituto mexicano del seguro social*, 53(6), 754-755. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457744940014.pdf>
19. Junquera De Estéfani, R. (2013). La información y el consentimiento informado. *Moralia: revista de ciencias morales*, 36(137), 31-50.
20. Marcos Del Cano, A. M. (2016). El derecho a la salud desde el punto de vista ético-jurídico. *Revista electrónica de derecho y ciencias*, 2(2), 14-27. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/58816>
21. Martínez, C. (1992). La protección jurídico-civil de la persona por razón de la menor edad. *Anuario de derecho civil*, 45(4), 1409.
22. Martínez, N. (2011). *La dignidad humana en las investigaciones biomédicas, Bioética y derechos humanos*. Melilla: UNED.
23. Mérida, S. (2014). Capacidad y madurez del menor: una visión desde la ciencia: Aproximación crítica a la teoría del menor maduro. *Cuidados de Enfermería*, 2, 127.
24. Montero, T. (2007). *La justicia penal juvenil en España: legislación y jurisprudencia constitucional*. Madrid: Editorial club universitario.
25. Oliva, F. (2014). El menor maduro ante el derecho. *EIDON*, 41, 28-45.
26. Pérez-Madrid, F. (2004). El derecho a recibir el sacramento de la confirmación y el requisito de la preparación debida. *IUS CANONICUM*, XLIV(87), 102.
27. Roldán, M. (2005). Madurez psicológica del menor para la toma de decisiones. En *Infancia, publicidad y consumo: III Jornadas sobre Derecho de los Menores*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

28. Romeo, C. M. (1998). ¿Límites de la posición de garante de los padres respecto al hijo menor? (La negativa de los padres, por motivos religiosos, a una transfusión de sangre vital para el hijo menor). *Revista de derecho penal y criminología*, 2, 327-358.
29. Sánchez, F. (2005). El menor maduro. *Boletín de Pediatría*, 45(1), 56-160.
30. Siso, J. (2009). El médico, el paciente menor y los padres de éste: Un triángulo que debe ser amoroso. *Pediatría Atención Primaria*, 11(44), 2685-693.
31. Vázquez-Pastor, L. (2009). *La construcción de la ciudadanía del menor de edad*. Valencia: Tirant lo Blanch.