

GUÍA PARA LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN SALUD MENTAL

ACTUALIZACIÓN 2021

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha

GUÍA PARA LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN SALUD MENTAL

ASPECTOS ÉTICOS Y JURÍDICOS

- ACTUALIZACIÓN 2021 -

GRUPO DE TRABAJO QUE HA PARTICIPADO EN LA GUÍA PARA LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN SALUD MENTAL. ASPECTOS ÉTICOS Y JURÍDICOS.

Esta Guía, llamada inicialmente ***Guía para la Atención a Menores en Salud Mental***, fue realizada en 2010 por profesionales de Salud Mental Infanto Juvenil (SMIJ) y de la Fiscalía de Ciudad Real, y profesionales de Servicios Jurídicos de Servicios Centrales del Servicio de Salud de Castilla La-Mancha (SESCAM).

A su mejora contribuyeron las sugerencias y opiniones de profesionales de las Unidades de SMIJ de Castilla La Mancha (CLM).

Actualmente ha sido revisada por el Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental, y por D. Vicente Lomas Hernández, de los Servicios Jurídicos de los Servicios Centrales del SESCAM.

Tras ello se envió a todas las Unidades de SMIJ de CLM, para su consideración.

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN

2. INTRODUCCIÓN: CONCEPTO DE MENOR MADURO

3. CAPACIDAD DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES RELATIVAS A SU SALUD

- 3.1. ¿Cómo se ha de prestar el consentimiento informado?
- 3.2. ¿Quién ha de prestar el consentimiento?
- 3.3. ¿Pueden emitir libremente el consentimiento informado menores con 16 años cumplidos?
- 3.4. ¿Pueden emitir el consentimiento menores por debajo de 16 años?

4. ASPECTOS BÁSICOS RELATIVOS A LAS RELACIONES PATERNO-MATERNO FILIALES: LA PATRIA POTESTAD, LA GUARDA Y CUSTODIA

- 4.1. ¿Qué ocurre si la persona presenta una discapacidad?
- 4.2. ¿Qué es la patria potestad?
- 4.3. ¿Qué es la guarda y custodia?
- 4.4. ¿Sigue vigente la patria potestad prorrogada?

5. OTRAS INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN A MENORES DE EDAD

- 5.1. ¿Qué es la tutela?
- 5.2. ¿Qué es la tutela automática?
- 5.3. ¿Qué es la situación de desamparo?
- 5.4. Modificación de la figura de la curatela

6. TOMA DE DECISIONES CON PERSONAS MENORES DE EDAD O SUJETAS A TUTELA

- 6.1. ¿Cómo debe actuarse en caso de desacuerdo entre progenitores?
- 6.2. ¿Qué hacer si la decisión de ambos progenitores (o tutor/a) resulta contraria a los intereses de la persona menor de edad?

7. DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA

- 7.1. ¿Tienen las personas menores de edad derecho a la información sanitaria?
- 7.2. ¿Tienen las personas progenitoras derecho a recibir información sanitaria de sus hijos e hijas?

8. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS CLÍNICOS Y ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA (HC)

- 8.1. ¿En qué consiste el deber de confidencialidad?
- 8.2. ¿Se aplica el deber de secreto a las personas menores de edad?
- 8.3. ¿Pueden progenitores o tutores acceder a la HC de menores de edad?
- 8.4. ¿Se puede compartir la HC con otros organismos cuando también intervienen en el tratamiento de menores de edad?
- 8.5. Entrega de datos sanitarios de paciente menor de edad en situación de desamparo a la Consejería de Bienestar Social.

9. INGRESO VOLUNTARIO

- 9.1. ¿Debe comunicarse a la fiscalía o al juzgado el ingreso voluntario de menores de edad?
- 9.2. ¿Qué actuaciones deben realizarse ante la solicitud de alta voluntaria de la persona menor de edad?
- 9.3. ¿Cómo actuar en caso de que un/a paciente no acepte el tratamiento propuesto?
- 9.4. ¿Qué actuaciones deben realizarse si tras el alta del menor de edad no acuden a recogerle las personas progenitoras o tutoras?

10. INTERNAMIENTO NO VOLUNTARIO POR RAZÓN DE TRASTORNO PSÍQUICO

- 10.1. ¿Qué es un internamiento no voluntario?
- 10.2. ¿Quién realiza el ingreso?
- 10.3. ¿Qué tipos de internamiento no voluntario existen?

- a) Internamiento no voluntario ordinario
 - b) Internamiento no voluntario de urgencia
- 10.4. ¿Conlleva el internamiento no voluntario autorización para el tratamiento médico?
- 10.5. ¿Cuál es la duración del internamiento no voluntario?
- 10.6. ¿Qué actuaciones deben seguirse en caso de desacuerdo entre familiares en relación con la duración del internamiento?

11. LA OBLIGACIÓN DE VIGILANCIA DE LOS CENTROS SANITARIOS

- 11.1. ¿Existe un deber de custodia de personas menores de edad ingresadas en un centro?
- 11.2. ¿El incumplimiento del deber de vigilancia puede dar lugar a responsabilidades del personal sanitario?
- 11.3. ¿Que medidas deben tomarse cuando se acuerde una salida terapéutica?
- 11.4. ¿Qué actuaciones deben realizarse en caso de fuga?

12. MEDIDAS DE CONTENCIÓN

- 12.1. ¿Es posible adoptar medidas de contención en menores de edad?

13. OTRAS MEDIDAS

- 13.1. Recogida de muestras para análisis de tóxicos en orina en menores de edad con consumo de sustancias psicoactivas.
- 13.2. Grabación de pacientes.

ANEXO I. FORMULARIOS

ANEXO II. NORMATIVA REGULADORA

ANEXO III. DIRECTORIO UNIDADES DE SMIJ DE CLM

1. PRESENTACIÓN

La atención sanitaria plantea en ocasiones importantes dudas de tipo ético y jurídico a profesionales de los equipos de salud mental, dudas que se ven acrecentadas en la atención a pacientes menores de edad.

A lo largo de esta Guía se abordan algunos de los problemas éticos y jurídicos más frecuentes que se suscitan en el contexto de las relaciones clínicas con menores de edad afectados por algún tipo de enfermedad mental, tales como los relativos a la información, el consentimiento, el respeto a la intimidad y a la confidencialidad de sus datos personales y de salud, o el régimen de responsabilidad inherente a la hospitalización en centros sanitarios públicos.

También se abordan los diferentes problemas que pueden surgir en torno al internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico en menores de edad.

En definitiva, con esta Guía se pretende establecer un marco de actuación que permita dar respuesta a las principales cuestiones de índole ética y jurídica que pueden surgir en la atención sanitaria a pacientes menores de edad afectados por algún tipo de enfermedad mental.

2. INTRODUCCIÓN: CONCEPTO DE MENOR MADURO

Se trata de un concepto doctrinal, no regulado expresamente en la legislación sanitaria de nuestro país. En el ámbito jurídico-sanitario se utiliza el término “menor maduro” para referirse a la persona mayor de doce años y menor de dieciséis, capaz intelectual y emocionalmente de comprender la información, el alcance de la intervención, y evaluar los riesgos y las consecuencias de la misma.

En la Guía anterior (2010), la definición de “menor maduro” incluía que no estuviera emancipado. Esto ha cambiado porque actualmente la emancipación del menor de edad está condicionada a que al menos haya cumplido los 16 años.

El fundamento teórico de la figura del “menor maduro” se sitúa en el principio jurídico de que los derechos inherentes a la personalidad y otros derechos civiles pueden ser ejercitados por un individuo desde el mismo momento en que es capaz de disfrutarlos, lo que de hecho sucede en muchas ocasiones antes de los 18 años, momento en el que está fijada la mayoría de edad para gran parte de los actos de la vida civil.

En España, el Código Civil establece ciertas limitaciones a la representación legal que ostentan los progenitores respecto de hijos e hijas menores sin emancipar, permitiendo a éstos el ejercicio, por sí mismos y sin necesidad de que haya un consentimiento de sus progenitores, de “los actos relativos a los derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por si mismo” (art. 162 CC).

La Constitución Española, por su parte, establece que “los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos” (art. 39.4).

La normativa de desarrollo de la Constitución ha venido a reforzar la doctrina del menor maduro, fundamentalmente a través de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y, de manera mas específica, a través de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor.

La Exposición de Motivos de esta Ley resulta ilustrativa al indicar que “Las transformaciones sociales y culturales operadas en nuestra sociedad han provocado un cambio en el estatus social del niño/a y como consecuencia de ello se ha dado un nuevo enfoque a la construcción de los derechos humanos de la infancia. Este enfoque reformula la estructura del derecho a la protección de la infancia vigente en España y en la mayoría de los países desarrollados desde finales del siglo XX, y consiste fundamentalmente en el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos. (...) El conocimiento científico actual nos permite concluir que no existe una diferencia tajante entre las necesidades de protección y las necesidades relacionadas con la autonomía de un sujeto, sino que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos.”

El artículo 2 de la citada Ley Orgánica indica expresamente que “las limitaciones a la capacidad de obrar de menores se interpretarán de forma restrictiva”. Y en el Capítulo II del Título I, bajo la rúbrica de “derechos del menor”, se contemplan, entre otros, el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, el derecho a la información, el derecho a la libertad ideológica y el derecho a ser oído.

En el ámbito sanitario los términos confusos de la redacción del art. 9.3 c) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante, LAP) motivaron la aprobación de la Circular 1/2012, de 3 de octubre, sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre

menores de edad en caso de riesgo grave.

La posterior Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, contiene una disposición final segunda por la que se modifica la LAP, asumiendo los criterios de la Fiscalía General del Estado clarificando algunas cuestiones.

Por tanto, conforme al art. 9.3 c) LAP, los menores de 16 años también pueden por sí prestar su consentimiento, sin asistencia de sus progenitores, siempre que tengan suficiente capacidad intelectual y volitiva. Esta es la posición que adopta la Circular 1/2012 antes citada, cuando declara la capacidad de “*los menores de menos de 16 años cuando, a criterio del facultativo, tengan suficiente madurez para consentir*”. No obstante tal reconocimiento, deberá respetarse la facultad-deber de los progenitores en el ejercicio de la patria potestad de velar por sus hijos e hijas, de modo que se les informe de las actuaciones médicas practicadas o dejadas de practicar.

En este sentido la Ley autonómica 5/2010 en su art. 10.2 establece:

“Sin perjuicio del derecho del menor a recibir información sobre su salud en un lenguaje adecuado a su edad, madurez y estado psicológico, en el caso de menores de dieciséis años no emancipados se informará también a los padres o tutores”

En este contexto, corresponde al profesional sanitario valorar la madurez de la persona menor de edad en relación con una decisión concreta, comprobar su competencia para entender los riesgos y los beneficios del tratamiento o la intervención, así como la mayor o menor gravedad de la patología.

Asimismo, como se expone más adelante, hay que añadir que respecto de cualquier paciente menor edad (sea menor maduro, o emancipado), ante situaciones de grave riesgo para su vida o salud, el consentimiento debe prestarlo su representante legal.

3. CAPACIDAD DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES RELATIVAS A SU SALUD.

3.1. ¿Cómo se ha de prestar el consentimiento informado?

La asistencia sanitaria a las personas se legitima a través de su consentimiento, de manera que toda actuación en el ámbito de la salud necesita el consentimiento libre y voluntario de la persona afectada una vez que, recibida la información disponible, haya valorado las opciones existentes (LAP).

Entendemos por consentimiento informado *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud”* (LAP)..

La exigencia de consentimiento informado es general, pero la forma en que ha de prestarse varía en función de la importancia de la intervención o tratamiento y de la gravedad de los riesgos que asume el o la paciente. Si la actuación médica no encierra riesgo previsible, manifiesto, se cumplirá con naturalidad, de forma verbal y sin especiales formalidades.

Si la actuación médica consiste en una intervención quirúrgica, un procedimiento diagnóstico o terapéutico invasor, u otro tipo de tratamiento o terapia que conlleve un riesgo de cierta entidad, la información previa y el consentimiento deben llevarse a cabo de forma completa y clara, no dejando lugar a dudas. En estos casos, el consentimiento se prestará necesariamente por escrito.

3.2. ¿Quién ha de prestar el consentimiento?

El consentimiento debe ser prestado por el o la paciente siempre y cuando tenga capacidad suficiente. Esta capacidad no es propiamente la capacidad civil, sino la capacidad natural. Esto es, no vendrá determinada por la mayoría de edad y la ausencia de una incapacitación judicial, sino que habrá que atender a si en realidad está en condiciones de decidir libremente sobre un aspecto de su

personalidad que puede afectar a alguno de los derechos que le son inherentes (vida, integridad física, libertad, libertad religiosa etc...), como es someterse a una actuación médica.

El consentimiento informado está compuesto por tres elementos: voluntariedad, información en cantidad y calidad suficiente y competencia, que es el elemento más problemático en el área de la psiquiatría, puesto que se refiere a la posibilidad de que la persona enferma sea efectivamente capaz de prestar un consentimiento válido.

La competencia es una cualidad que debe caracterizarse y calificarse con relación a una tarea concreta. En el ámbito de las decisiones clínicas, debe presumirse ya que, en principio, ha de considerarse a toda persona autónoma.

Otra peculiaridad de la competencia es su variabilidad, según el acto de que se trate, la fase de la enfermedad, o el momento en el que se considere. Existen diversos criterios de competencia para la toma de decisiones sanitarias que deben ser valorados y medidos por profesionales de la salud para determinar el alcance de ésta.

3.3. ¿Pueden emitir libremente el consentimiento informado menores con 16 años cumplidos?

Con carácter general, la persona con 16 años cumplidos o emancipada, debe ser informada y puede tomar decisiones sobre su propia salud sin necesidad del consentimiento de progenitores o tutores, salvo para:

- Ensayos clínicos.
- Técnicas de reproducción humana asistida.
- Instrucciones previas.
- Procesos de extracción y trasplante de órganos.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Prestación de ayuda para morir.

Asimismo cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud según el criterio facultativo, el consentimiento lo prestará el/la representante legal del menor de edad, una vez oída y tenida en cuenta su opinión.

Por tanto, y a modo de esquema, podemos diferenciar las siguientes situaciones:

1. Actuaciones asistenciales ordinarias, cuando se trate de menores mayores de 16 años o emancipados, salvo que se encuentren incapacitados judicialmente o que no sean capaces intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención:

El consentimiento lo da el/la menor mayor de 16 años.

2. Actuaciones de grave riesgo para la vida o salud de la persona menor de edad, según criterio facultativo:

El consentimiento lo prestará el/la representante legal de la persona menor de edad, una vez oída y tenida en cuenta su opinión. El consentimiento se dará atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente y con respeto a su dignidad personal.

3. Menores mayores de 16 años con capacidad de decisión que rechacen la práctica de un acto médico ante una situación clínica que implique grave riesgo para su vida o salud, apoyando sus representantes legales dicha decisión:

En tal caso el/la facultativo/a habrá de plantear el conflicto ante el juzgado de guardia directamente o a través del Ministerio Fiscal, sin perjuicio de que si concurre una situación de urgencia, sin autorización judicial, deberá adoptar las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud de la persona menor de edad, amparado por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y estado de necesidad.

4. Paciente mayor de 16 años que no es capaz emocional ni intelectualmente de comprender el alcance de la intervención.

En tal caso, independientemente del tipo de actuación médica, las personas que ostentan la representación legal deberán otorgar el

consentimiento por representación.

3.4. ¿Pueden emitir el consentimiento menores por debajo de 16 años?

Véase epígrafe 2 de este manual en relación con la figura del menor maduro.

La LAP establece que la capacidad de un paciente para tomar decisiones queda a criterio del personal médico responsable de la asistencia. La Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado considera que *“a falta de mayor precisión legal, los médicos deben decidir en cada caso con cierta dosis de sentido común”*.

Tras la valoración del grado de madurez realizada por el personal médico responsable de la asistencia, pueden plantearse los siguientes supuestos en función de las características del cuadro clínico y del consentimiento de menores y/o representantes:

a) El personal médico considera que la persona menor de edad es madura para tomar decisiones:

- a.1. Ante actos médicos de bajo riesgo y habituales, es suficiente el consentimiento de la persona menor de edad, si bien progenitores y/o representantes legales deben ser informados.
- a.2. Cuando en la patología y el tratamiento requerido se aprecie gravedad o riesgo significativo importante, se debe solicitar el oportuno consentimiento a sus representantes legales.
- a.3. Si la persona menor de edad se niega a una intervención médica con grave riesgo para su vida o salud, y sus representantes legales son favorables a que se realice la misma, el personal médico podrá llevarla a cabo sin necesidad de acudir al juzgado. No obstante, siempre que la situación no sea de urgencia, será aconsejable en virtud del principio de autonomía de la persona menor de edad, plantear el conflicto ante el juzgado de guardia, directamente o a través del fiscalía.

- a.4. Si tanto la persona menor de edad madura como sus representantes legales rechazan la práctica de un acto médico y ello implique grave riesgo para su vida o salud, el personal médico deberá plantear conflicto ante el juzgado de guardia, directamente o a través del Ministerio Fiscal. En caso de urgencia, sin autorización judicial, el personal médico debe adoptar las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud de la persona menor de edad, amparado en el cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

- a.5. Si el menor maduro presta su consentimiento a una intervención cuya omisión supondría grave riesgo para su vida o salud, y son sus representantes legales quienes se oponen, deberá actuarse conforme al art. 9.6 de la Ley , que dispone *“deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso el personal profesional sanitario adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad”*.

b) El personal médico considera que la persona menor de edad no reúne las condiciones necesarias de madurez para tomar decisiones:

b.1. En estos supuestos, el consentimiento para los tratamientos médicos habrá de ser prestado por sus representantes legales, atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud de la persona afectada (menor) y con respeto a su dignidad personal.

b.2. Si los representantes legales no consienten una intervención cuya omisión supondría grave riesgo para su vida o salud, habrá de plantearse el conflicto ante el juzgado de guardia, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para obtener pronunciamiento judicial. En caso de urgencia, sin autorización judicial, el personal médico debe adoptar las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud de la persona menor de edad, amparado en el cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

b.3. En caso de conflicto o desacuerdo de progenitores entre sí, el personal médico lo pondrá en conocimiento del juzgado a efectos de que nombre un defensor judicial de la persona menor de edad o intervenga el Ministerio Fiscal.

Aunque el personal médico llegue a la conclusión de la falta de madurez, antes de otorgarse el consentimiento por representantes legales, deberá ser oída la opinión del menor de edad si tiene doce años cumplidos.

4. ASPECTOS BÁSICOS RELATIVOS A LAS RELACIONES PATERNO-MATERNO FILIALES: LA PATRIA POTESTAD, LA GUARDA Y CUSTODIA

4.1. ¿Que ocurre si la persona presenta una discapacidad?

Con la entrada en vigor el 3-9-2021, se ha aprobado la Ley 8/2021, que reforma la legislación civil y procesal con la finalidad de que las personas con discapacidad puedan ejercer su capacidad jurídica en condiciones de igualdad en todos los aspectos de la vida, facilitándoles el apoyo necesario. Se adecúa así nuestro ordenamiento a la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (Nueva York, 13-12-2006), que exige a los estados partes la adopción de las salvaguardias que garanticen que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad u órgano judicial competente, independiente e imparcial.

Como consecuencia se modifica la regulación de la tutela, que desaparece del ámbito de la discapacidad, quedando reservada a menores de edad que no estén protegidos a través de la patria potestad.

No se trata de un cambio terminológico, sino del reconocimiento de que las personas con discapacidad tienen derecho a tomar sus propias decisiones y a no ver limitada su capacidad por decisión de su entorno, obligando a establecer medidas de apoyo a las personas que las necesiten, respetando en todo momento su voluntad y capacidad y adecuando los apoyos que necesiten a las características de un individuo.

Así, en este nuevo contexto legislativo se ha derogado la redacción del artículo 199 del Código Civil que aseguraba que nadie podía ser declarado incapaz sino por sentencia judicial. El legislador ha determinado, por tanto, que nadie es “incapaz” sino que, por mor de su discapacidad y en atención a lo que resuelva un/a juez/a, necesitará más o menos apoyos para su autogobierno.

Asimismo se da preferencia a las medidas voluntarias que puede tomar la propia persona con discapacidad -poderes y mandatos preventivos, autotutela (CC art.254 a 262 y 271 a 274 redacc L 8/2021)- y se refuerza la figura de la guarda de hecho, que pasa a ser una institución jurídica de apoyo en lugar de una situación provisional cuando resulta suficiente y adecuada (CC art.263 a 267 redacc L 8/2021).

4.2. ¿Qué es la patria potestad?

La patria potestad es el conjunto de derechos y deberes que corresponden a los padres para el cumplimiento de sus funciones de asistencia, educación y cuidado de sus hijos e hijas menores de edad.

La patria potestad se debe ejercer siempre en beneficio de los hijos/as y comprende los siguientes derechos y deberes:

- Velar por ellos/as, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
- Representar y administrar sus bienes.

La patria potestad corresponde a ambos progenitores, que deben actuar de común acuerdo.

Incluso en caso de separación, nulidad o divorcio, con carácter general, la patria potestad se otorga de forma conjunta a ambos progenitores. Así pues, salvo que conste lo contrario (porque uno aporte sentencia de privación de patria potestad del otro) ambos tienen derecho a la información y a participar en la toma de decisiones que afecten a hijos e hijas menores de edad.

Por tanto la hipótesis general es que la titularidad de la patria potestad es dual y el ejercicio conjunto, si bien respecto de terceros de buena fe se presume que cada progenitor actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro.

Cuando se sospeche de la existencia de posibles situaciones de conflicto entre progenitores, de modo que ambos incumplan recíprocamente su respectivo deber legal de mantenerse debidamente informados, sería conveniente asegurarse de que ambos están de acuerdo en la intervención.

No obstante se trata de una mera recomendación, ya que el Código Civil presume que terceros de buena fe (el personal sanitario que atienda al menor, en este caso) no tienen por qué dudar que cada progenitor actúa con el consentimiento del otro.

4.3. ¿Qué es la guarda y custodia?

Cuando se produce la separación o el divorcio, la resolución judicial que acuerde una u otra cosa puede otorgar a un progenitor -normalmente a aquel con quien convivan-, la guarda y custodia de hijos o hijas.

La guarda comprende la realización de aquellas funciones de atención más inmediatas que tienen que ver con la actividad diaria, pero aquel **progenitor que no ostente la guarda y custodia no queda excluido de la posibilidad de tomar decisiones de especial relevancia en la vida del menor de edad**, pues éstas entran dentro de la órbita de la patria potestad.

La toma de decisiones en el ámbito de la salud constituye una facultad propia de la patria potestad y por tanto:

- Ambos progenitores tienen derecho a recibir la misma información (si así lo solicitan) sobre la atención sanitaria de hijos o hijas menores de edad.
- Ambos progenitores tienen derecho a manifestar el consentimiento por representación cuando proceda.

A estos efectos hay que distinguir entre **actos de ejercicio ordinario** de la patria potestad, que puede realizar válidamente un progenitor (el que ejerce la guarda y custodia de hecho o en virtud de resolución judicial) sin necesidad de recabar el consentimiento del otro, y **actos de ejercicio extraordinario de la patria potestad**, que precisan el consentimiento de ambos progenitores o, en su

defecto, resolución judicial.

Se consideran actos de ejercicio extraordinario de patria potestad que corresponden a ambos progenitores, las decisiones relativas a la salud física o psíquica de la persona menor de edad, como el sometimiento o no del mismo a terapias o tratamientos médicos preventivos, paliativos o curativos agresivos (como la fisioterapia, la quimioterapia, rehabilitación, etc...) o alternativos (como la homeopatía); la aplicación al menor de tratamientos psiquiátricos o terapias psicológicas, o la práctica de una intervención quirúrgica, curativa o estética.

Asímismo téngase en cuenta que la Disposición final segunda del Real Decreto-Ley 9/2018 ha modificado el artículo 156 del Código Civil, por el que se añade un nuevo párrafo por el que se establece que:

“Dictada una sentencia condenatoria y mientras no se extinga la responsabilidad penal o iniciado un procedimiento penal contra uno de los progenitores por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual de los hijos o hijas comunes menores de edad, o por atentar contra el otro progenitor, bastará el consentimiento de éste para la atención y asistencia psicológica de los hijos e hijas menores de edad, debiendo el primero ser informado previamente.

Lo anterior será igualmente aplicable, aunque no se haya interpuesto denuncia previa, cuando la mujer esté recibiendo asistencia en un servicio especializado de violencia de género, siempre que medie informe emitido por dicho servicio que acredite dicha situación. Si la asistencia hubiera de prestarse a los hijos e hijas mayores de dieciséis años se precisará en todo caso el consentimiento expreso de éstos”.

Por tanto, quedan fuera del catálogo de actos que requieren una decisión común en el ejercicio de la patria potestad la atención y asistencia psicológica de menores de edad, cuando concurren cualquiera de las circunstancias recogidas en el art. 156 anteriormente transcrito.

4.4. ¿Sigue vigente la patria potestad prorrogada?

Ya no existe, porque se ha eliminado del ámbito de la discapacidad la **tutela**, la **patria potestad prorrogada** y la **patria potestad rehabilitada**. Cuando la persona menor de edad con discapacidad llegue a la mayoría de edad se le prestarán los apoyos necesarios igual que a cualquier persona adulta que los requiera (CC art.254 s. redacc L 8/2021). Esto supone que la tutela queda reservada a **menores de edad** que no estén protegidos a través de la patria potestad (CC art.199 a 234 redacc L 8/2021), y el complemento de capacidad que requieren los **emancipados** para el ejercicio de ciertos actos jurídicos corresponderá a un defensor judicial (CC art.235 y 236 redacc L 8/2021).

¿Qué es el defensor judicial?

Se recoge la figura del defensor judicial, en particular, para aquellas situaciones en que la figura de apoyo habitual no pueda intervenir o exista conflicto de intereses entre ésta y la persona con discapacidad (CC art.295 a 298 redacc L 8/2021).

5. OTRAS INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN A MENORES DE EDAD

5.1. ¿Que es la tutela?

La tutela es una institución cuya finalidad es la guarda y protección de la persona y bienes -o solamente de la persona o de los bienes- de personas menores de edad o incapacitadas.

Existen dos sistemas de tutela:

- **Tutela de familia:** la función tutelar se encomienda al grupo familiar.
- **Tutela de autoridad:** tutor/a se encuentra bajo la vigilancia, supervisión y control de autoridad pública.

Según la Ley, estarán sujetos a tutela:

- Menores de edad sin emancipar que no estén bajo la patria potestad.
- Menores de edad que se hallen en situación de desamparo.

Con la entrada en vigor el 3-9-2021, y como consecuencia de la modificación del Código Civil por la Ley 8/2021 que reforma la legislación civil y procesal con la finalidad de que las personas con discapacidad puedan ejercer su capacidad jurídica en condiciones de igualdad en todos los aspectos de la vida, facilitándoles el apoyo necesario, se modifica la regulación de la tutela, que pasa a recogerse en el Código Civil en los artículos 199 a 234.

Cabe destacar que la figura de la tutela desaparece del ámbito de la discapacidad, quedando reservada a menores de edad que no estén protegidos a través de la patria potestad.

5.2. ¿Que es la tutela automática?

La tutela automática corresponde a las entidades públicas de protección de menores (la Consejería de Bienestar Social en CLM), que la asumen automáticamente, sin nombramiento previo, cuando constaten que alguna persona menor de edad se encuentra en situación de desamparo.

5.3. ¿Qué es la situación de desamparo?

Se considera situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores cuando queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

El desamparo es una situación de hecho, que puede ser voluntaria o querida por los progenitores o involuntaria, en el sentido de que la misma se produzca ante la existencia de una serie de circunstancias en los progenitores, que aun teniendo el deseo de proteger y educar a los hijos e hijas no puedan de hecho realizarlo.

Esta resolución administrativa de desamparo en nada afecta al mantenimiento de la titularidad de la patria potestad o tutela, si bien quedan suspendidas o reducidas en la medida en que lo exija la efectividad del acto administrativo de protección. En efecto, la asunción de la tutela atribuida a la entidad pública lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria. No obstante, son válidos los actos de contenido patrimonial que realicen progenitores o tutores en representación de la persona menor de edad y que sean beneficiosos para él o ella.

En tales casos, la Consejería de Bienestar Social, deberá adoptar las medidas de protección necesaria para su guarda, poniéndolo en conocimiento de la Fiscalía y notificándolo a progenitores, tutores o guardadores en el plazo de 48 horas.

Siempre que sea posible, en el momento de la notificación se les informará de forma presencial y de modo claro y comprensible de las causas que dieron lugar a la intervención de la Administración y de los posibles efectos de la decisión adoptada.

El ejercicio de la tutela está sujeto a la vigilancia de la Fiscalía.

En caso de que profesionales sanitarios detecten una situación de desamparo, deberán comunicarlo a la Delegación Provincial de Bienestar Social y aportar los informes médicos y sociales que justifiquen la actuación realizada. A partir de esa comunicación, será la Delegación Provincial la que lo comunique a la Fiscalía.

¿Cuáles son los indicadores de existencia de situación de desamparo en menores de edad?

Según el art. 18.2 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, se entiende que existe situación de desamparo cuando se dé, entre otras, **alguna o algunas de las siguientes circunstancias** con la suficiente gravedad que, valoradas y ponderadas conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, supongan una amenaza para la integridad física o mental del menor:

a) Riesgo para la vida, salud e integridad física de la persona menor de edad.

En particular cuando:

- se produzcan malos tratos físicos graves, abusos sexuales o negligencia grave en el cumplimiento de las obligaciones alimentarias y de salud por parte de las personas de la unidad familiar o de terceros con consentimiento de aquellas;
- la persona menor de edad sea identificado como víctima de trata de seres humanos y haya un conflicto de intereses con progenitores, tutores y guardadores;
- exista un consumo reiterado de sustancias con potencial adictivo o la ejecución de otro tipo de conductas adictivas de manera reiterada por parte del menor con el conocimiento, consentimiento o la tolerancia de progenitores, tutores o guardadores;
- se produzcan perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal.

- b)** Riesgo para la salud mental de la persona menor de edad, su integridad moral y el desarrollo de su personalidad debido al maltrato psicológico continuado o a la falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas por parte de progenitores, tutores o guardadores. Cuando esta falta de atención esté condicionada por un trastorno mental grave, por un consumo habitual de sustancias con potencial adictivo o por otras conductas adictivas habituales, se debe valorar como un indicador de desamparo la ausencia de tratamiento por parte de progenitores, tutores o guardadores o la falta de colaboración suficiente durante el mismo.
- c)** El incumplimiento o el imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda como consecuencia del grave deterioro del entorno o de las condiciones de vida familiares, cuando den lugar a circunstancias o comportamientos que perjudiquen el desarrollo de la persona menor de edad o su salud mental.
- d)** La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, o cualquier otra explotación de la persona menor de edad de similar naturaleza o gravedad.
- e)** La ausencia de escolarización o falta de asistencia reiterada y no justificada adecuadamente al centro educativo y la permisividad continuada o la inducción al absentismo escolar durante las etapas de escolarización obligatoria.
- f)** Cualquier otra situación gravemente perjudicial para la persona menor de edad que traiga causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de la patria potestad, la tutela o la guarda, cuyas consecuencias no puedan ser evitadas mientras permanezca en su entorno de convivencia.

Se considera también un indicador de desamparo tener un hermano declarado en tal situación, salvo que las circunstancias familiares hayan cambiado de forma evidente.

¿Qué es la situación de riesgo de un menor de edad?

Se entiende por situación de riesgo la situación de hecho que se produce cuando la persona menor de edad, sin estar privado en su entorno familiar de la necesaria asistencia material y moral propia de una situación de desamparo, se encuentre afectado por cualquier circunstancia grave que pueda perjudicar a su

normal desarrollo personal, familiar o social y de la que se pueda inferir razonablemente que en el futuro podría derivarse una situación de desamparo o de inadaptación.

La Ley de Castilla-La Mancha 5/2014 en su art.35 contempla expresamente una serie de factores de riesgo:

- a) La falta de atención física o psíquica del menor que conlleve un perjuicio leve para su salud física o emocional.
- b) La dificultad para dispensar la atención física y psíquica adecuada al menor de edad.
- c) El uso del castigo físico o emocional sobre la persona menor de edad como patrón educativo.
- d) Las carencias que no puedan ser compensadas ni resueltas en el ámbito familiar que puedan conllevar la marginación, la inadaptación o el desamparo del menor.
- e) Las conductas y actitudes de cuidadores que impidan o dificulten el desarrollo emocional y cognitivo del menor.
- f) El conflicto abierto y crónico entre progenitores, cuando anteponen sus necesidades a las de la persona menor de edad.
- g) La falta de escolarización en edad obligatoria, el absentismo o el abandono escolar.
- h) La incapacidad o imposibilidad de controlar la conducta del menor y que pueda tener como resultado el daño a sí misma o a terceras personas.
- i) Las prácticas discriminatorias y vejatorias hacia el menor de edad, que comporten un perjuicio para su bienestar y su salud mental y física.

El procedimiento para la declaración de la situación de riesgo se inicia mediante acuerdo motivado, previa denuncia de un particular o propuesta de los servicios sociales o cualquier entidad pública. Será trámite preceptivo la audiencia, mediante comparecencia personal de progenitores, tutores o guardadores del menor y de éste cuando tuviera 12 años cumplidos o juicio suficiente, a criterio de dicha sección. El acuerdo de declaración de situación de riesgo debe ser

notificado a progenitores, tutores o guardadores del menor de edad y debe contener las medidas de protección que deban adoptarse.

5.4. Modificación de la figura de la curatela

La Ley 8/2021 ha modificado la regulación de esta figura que pasa a convertirse en la principal medida de apoyo de origen judicial para las personas con discapacidad, con un carácter principalmente asistencial. Solo excepcionalmente se podrán atribuir al curador funciones representativas (CC art.275 a 294 redacc L 8/2021).

6. TOMA DE DECISIONES CON PERSONAS MENORES DE EDAD O SUJETAS A TUTELA.

6.1. ¿Cómo debe actuarse en caso de desacuerdo entre progenitores?

Mientras la titularidad de la patria potestad se ostenta por razón de paternidad-maternidad biológica o por adopción, son un conjunto de derechos y deberes sobre hijos e hijas que por ministerio de la ley pertenece conjuntamente a ambos progenitores (salvo privación por resolución judicial), el ejercicio de la patria potestad es tener la facultad en cada momento, de adoptar las decisiones que sean convenientes para procurar el bienestar de hijos e hijas. Dicho ejercicio también ha de ser conjunto, salvo excepciones.

En caso de desacuerdo entre progenitores, y siempre que la urgencia del caso lo permita, se deberá proceder de la siguiente forma (art. 156 del Código Civil):

- Si se trata de un **desacuerdo puntual**, cualquiera de las personas progenitoras puede acudir al juez/a quien, después de oír a ambos y al hijo/a, si tuviera suficiente juicio y siempre si es mayor de 12 años, atribuirá la facultad de decisión a uno de los progenitores.
- Si los **desacuerdos** son **reiterados** el juez/a podrá atribuir la patria potestad total o parcialmente a uno de los progenitores o distribuir entre ellos sus funciones.
- Si los progenitores no se ponen de acuerdo y estamos ante una situación de urgencia el personal médico está legitimado en base al interés superior del menor a actuar conforme a su criterio, practicando el tratamiento o la intervención quirúrgica necesaria a pesar de la negativa de uno de los progenitores.

6.2. ¿Qué hacer si la decisión de ambos progenitores (o tutor/a) resulta contraria a los intereses de la persona menor de edad?

Puede suceder que el criterio de los progenitores (el de ambos) sea contrario a los intereses terapéuticos de la persona menor de edad. En estos casos, y siempre que no se trate de una situación de riesgo inminente para la vida o salud, el personal médico responsable deberá poner la situación en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente.

7. DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA

7.1. ¿Tienen las personas menores de edad derecho a la información sanitaria?

La Ley establece que las personas menores de edad, incapaces e incapacitadas, tienen derecho a recibir suficiente información sobre las actuaciones médicas que se plantea hacer sobre su persona. Esta información habrá de ser veraz y deberá ser expresada en términos que sea capaz de entender y asimilar.

Así pues, las personas menores de edad que padezcan algún tipo de enfermedad mental no pueden ser privadas de este derecho, si bien en estos casos no cabe duda de que la presentación de la información en cantidad y calidad suficiente puede resultar particularmente compleja.

La información debe contemplar los riesgos y beneficios del tratamiento y las alternativas existentes.

7.2. ¿Tienen las personas progenitoras derecho a recibir información sanitaria de sus hijos e hijas?

Sí. En el caso de menores de dieciséis años no emancipados se informará a progenitores o tutores en todo caso.

Se informará también a los progenitores cuando se trate de mayores de dieciséis años o menores emancipados en el supuesto de actuación de grave riesgo, según el criterio facultativo.

8. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS CLÍNICOS Y ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

8.1. ¿En qué consiste el deber de confidencialidad?

La confidencialidad hace referencia tanto al derecho de la persona a que no sea revelada la información sobre su salud que manejan profesionales sanitarios, como al deber de secreto de éstos.

En este sentido, el artículo 7 de la Ley 41/2002, dispone que *“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.”*

8.2. ¿Se aplica el deber de secreto respecto a las personas menores de edad?

El criterio recogido por el art. 7 de la Ley 41/2002 resulta de aplicación tanto a personas mayores de edad como a menores maduros.

Así pues, la información sobre los datos de salud de menores maduros a progenitores o representantes legales sin su autorización, sólo sería posible en dos situaciones:

- en aquellos casos en los que existan dudas razonables acerca de las condiciones de madurez, lo que sin duda puede plantearse en el caso de menores con enfermedades mentales. Habrá de ser el personal médico responsable el que valore estas circunstancias e informe a los progenitores en aras a la protección del interés de la persona menor de edad.
- Cuando se trate de una actuación de grave riesgo para su vida o salud, según criterio facultativo. En este caso, el consentimiento lo prestará el representante legal, una vez oída y tenida en cuenta la opinión de la persona menor de edad (Ley 26/2015, de 28 de julio, Disposición final segunda).

Sin embargo téngase en cuenta que la legislación autonómica establece unas reglas específicas para el caso de tratarse de paciente menor de 16 años sin emancipar.

En este caso:

A) Los padres/madres tienen derecho a recibir información sobre el estado de salud de la persona menor de edad.

B) El acceso a la historia clínica se configura como un derecho cuyo ejercicio corresponde a progenitores que tengan la patria potestad y, en su caso, tutores, Defensor Judicial, o la Entidad Pública que tenga asumida la guarda o tutela del menor de edad.

Por todo lo anterior, la legislación autonómica relativiza respecto a los progenitores el carácter confidencial de la información sanitaria del paciente menor de 16 años no emancipado.

8.3. ¿Pueden progenitores o tutores acceder a la historia clínica de menores de edad?

En CLM, respecto a pacientes menores de dieciséis años no emancipados, el ejercicio de ese derecho corresponde a progenitores que tengan la patria potestad y, en su caso, tutores, Defensor Judicial o la Entidad Pública que tenga asumida la guarda o tutela de la persona menor de edad.

En el caso de que tenga más de dieciséis años o sea un menor emancipado, los progenitores solo podrían acceder a la historia clínica “en el supuesto de actuación de grave riesgo, según el criterio facultativo”.

Sin embargo en relación con este último supuesto, la Agencia Española de Protección de Datos, en su Informe 339/2015 concluye que pacientes menores de edad no podrían oponerse a que sus progenitores, titulares de la patria potestad, puedan acceder igualmente a los datos de la persona menor de edad para el cumplimiento de las obligaciones previstas en el Código Civil.

8.4. ¿Se puede compartir la HC con otros organismos cuando también intervienen en el tratamiento de menores de edad?

Conforme a lo previsto en el art. 28.3 de la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de CLM, el consentimiento previo del paciente **no es necesario** cuando el uso de la historia clínica se realiza por otros centros, servicios y establecimientos sanitarios y no sanitarios, siempre que se den las siguientes condiciones:

- a) Que el acceso se lleve a cabo por profesionales sanitarios titulados que tengan la condición de empleado/a público/a.
- b) Que el acceso se realice en el ejercicio de sus funciones para el órgano administrativo, organismo público o entidad de derecho público al que se encuentre adscrito, el cual ha de tener la consideración de administración pública en los términos contemplados en la legislación básica sobre régimen jurídico del sector público.
- c) Que el acceso sea necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador/a, diagnóstico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.
- d) Que los fines que justifican el acceso, de entre los señalados en el apartado anterior, se encuentren entre las competencias propias del órgano administrativo, organismo público o entidad de derecho público al que esté adscrito.
- e) Que el ejercicio como profesional sanitario titulado para el órgano administrativo, organismo público o entidad de derecho público al que se encuentre adscrito, así como los fines que justifican el acceso, de entre los señalados en el apartado c) anterior, sean inherentes al puesto de trabajo, nombramiento o contrato que le vincule al mismo.
- f) Este personal quedará sujeto a la obligación de secreto profesional respecto de la información de la que tenga conocimiento como consecuencia del acceso señalado.
- g) El acceso se facilitará por el Sescam, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos señalados y aplicando el principio de proporcionalidad.

8.5. Entrega de datos sanitarios de paciente menor de edad en situación de desamparo a la Consejería de Bienestar Social.

La Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de CLM, junto a la Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor, y la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia introduce el nuevo art. 22 quáter-habilitan para que se pueda efectuar a las autoridades competentes la cesión de datos sanitarios de paciente menor de edad en situación de desamparo.

En este sentido el citado precepto legal establece (textual):

“Para el cumplimiento de las finalidades previstas en el capítulo I del título II de esta ley, las Administraciones Públicas competentes podrán proceder, sin el consentimiento del interesado, a la recogida y tratamiento de los datos que resulten necesarios para valorar la situación del menor, incluyendo tanto los relativos al mismo como los relacionados con su entorno familiar o social.

1. Los profesionales, las Entidades Públicas y privadas y, en general, cualquier persona facilitarán a las Administraciones Públicas los informes y antecedentes sobre los menores, sus progenitores, tutores, guardadores o acogedores, que les sean requeridos por ser necesarios para este fin, sin precisar del consentimiento del afectado.

2. Las entidades a las que se refiere el artículo 13 podrán tratar sin consentimiento del interesado la información que resulte imprescindible para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicho precepto con la única finalidad de poner dichos datos en conocimiento de las Administraciones Públicas competentes o del Ministerio Fiscal.

3. Los datos recabados por las Administraciones Públicas podrán utilizarse única y exclusivamente para la adopción de las medidas de protección establecidas en la presente ley, atendiendo en todo caso a la garantía del interés superior del menor y sólo podrán ser comunicados a las Administraciones Públicas que hubieran de adoptar las resoluciones correspondientes, al Ministerio Fiscal y a los órganos judiciales.

4. Los datos podrán ser igualmente cedidos sin consentimiento del interesado al Ministerio Fiscal, que los tratará para el ejercicio de las funciones establecidas en esta ley y en la normativa que le es aplicable.

5. En todo caso, el tratamiento de los mencionados datos quedará sometido a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y sus disposición de desarrollo, siendo exigible la implantación de las medidas de seguridad de nivel alto previstas en dicha normativa.»

9. INGRESO VOLUNTARIO

9.1. ¿Debe comunicarse a la fiscalía o al juzgado el ingreso voluntario de menores de edad?

En aquellos supuestos en que sea preciso el ingreso hospitalario en Salud Mental de menores de edad y se haya prestado el consentimiento oportuno, no será necesario efectuar ninguna comunicación al Juzgado o Fiscalía.

Cuando se necesita un ingreso, tanto por la patología psiquiátrica de la persona menor de edad como por el tratamiento requerido -conlleva privación de libertad-, se puede considerar que hay gravedad o riesgo significativo importante para la salud, de modo que se debería recabar el consentimiento a progenitores o representantes legales.

9.2. ¿Qué actuaciones deben realizarse ante la solicitud de alta voluntaria de la persona menor de edad?

Ante la solicitud de alta voluntaria de una persona menor de edad que ingresó voluntariamente en el centro, se aplicarán las normas sobre capacidad que hemos descrito en el apartado 3. Es decir, la persona con 16 años cumplidos o emancipada, o la persona que, por debajo de esa edad, cuente con capacidad natural suficiente, a juicio del personal médico responsable, puede solicitar el alta voluntaria y tiene derecho a que se curse dicho alta siempre que la misma no constituya actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, o para terceros.

No obstante lo anterior, en el caso de paciente menor de 16 años sin emancipar se tendría que informar en todo caso a sus progenitores.

Si se considera que la persona menor de edad carece de capacidad suficiente, el alta deberá ser solicitada por personas progenitoras o representante legal.

En tales casos, deberá emitirse el correspondiente informe de alta médica (*) pues, como señala el art. 20 de la Ley 41/2002: *“Todo paciente o persona vinculada a él, en su caso, tendrá derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta.”*

(*) El informe de alta es el *“documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.”* (art. 3 de la Ley 41/2002).

9.3. ¿Cómo actuar en caso de que un/a paciente no acepte el tratamiento propuesto?

Las pautas de actuación en este caso las marca el art. 21 de la Ley 41/2002.

Así, en caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se pondrá al paciente o usuario/a la firma de alta voluntaria.

Si un/a paciente, o sus representantes, no firmasen el alta, la dirección del centro, a propuesta del personal médico responsable, podrá disponer el alta forzosa.

Ahora bien, el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el/la paciente acepte recibirlos.

Todas estas circunstancias deben quedar debidamente documentadas.

En el caso de que un/a paciente (o sus representantes) no acepten el alta forzosa la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez/a para que confirme o revoque la decisión.

No obstante lo anterior, debe tenerse en cuenta lo previsto en los apartados 3.3 y 3.4 de la presente obra cuando el rechazo del tratamiento, ya sea del propio paciente menor de edad y/o de sus representantes legales, pueda suponer una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor.

9.4. ¿Qué actuaciones deben realizarse si tras el alta del menor de edad no acuden a recogerle las personas progenitoras o tutoras?

Si finalizado el ingreso y tras el alta no acude nadie a recoger al menor de edad, podría entenderse que el mismo se encuentra en una situación de desamparo que daría lugar a la constitución de la tutela automática, en los términos expresados en el apartado 5.2. de la presente guía.

En tales casos, el personal médico responsable debe poner los hechos en conocimiento de la Delegación Provincial de la Consejería de Bienestar Social, para que ésta adopte las medidas de protección necesarias para su guarda, poniéndolo en conocimiento de la Fiscalía y notificándolo a progenitores, tutores o guardadores en el plazo de 48 horas.

10. INTERNAMIENTO NO VOLUNTARIO POR RAZÓN DE TRASTORNO PSÍQUICO

10.1. ¿Que es un internamiento no voluntario?

El internamiento no voluntario es un acto médico-legal que se caracteriza por la falta de consentimiento del/la paciente para ser ingresado en un centro, por lo que la adopción de esta medida requiere un estricto control judicial, ya que una de sus consecuencias es la restricción de la libertad, restricción que se manifiesta tanto en una limitación de la libertad de movimientos, como en el sometimiento obligatorio a un tratamiento médico.

El Tribunal Constitucional ha venido a establecer que para la adopción de esta medida deben concurrir las siguientes condiciones:

- a) Haberse probado de manera convincente la existencia de una perturbación mental.
- b) La perturbación debe revestir una amplitud que legitime el internamiento.
- c) El internamiento no puede prolongarse cuando no subsista el trastorno que lo ha determinado.

El internamiento no voluntario debe cumplir los requisitos del artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, que establece lo siguiente:

*“1. El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de la medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal. En los casos de **internamientos urgentes**, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso,*

conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores de edad se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida, Además, y sin perjuicio de que pueda realizar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

*4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la **obligación de los/las facultativos/as que atienden a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida**, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal podrá requerir cuando lo crea pertinente.*

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuidad o no del internamiento.

*Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, **cuando los/las facultativos/as que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente**”.*

10.2. ¿Quién realiza el ingreso?

En el actual sistema, el/la juez/a autoriza el internamiento pero en ningún caso lo ordena. Es el personal médico de la institución correspondiente quien toma la decisión sobre el internamiento, únicamente en los casos sometidos a la jurisdicción penal, los/las jueces/as tienen la autoridad para ordenar un internamiento independientemente de la opinión del personal médico.

Mediante la autorización, el/la juez/a civil permite el ingreso de la persona enferma, si así lo estima conveniente el personal médico a cargo de su atención, en un centro acorde a su patología, dependiendo el alta únicamente del personal médico, quien deberá informar al juez/a de tal circunstancia.

10.3. ¿Qué tipos de internamientos no voluntario existen?

Existen dos tipos de internamiento: ordinario y de urgencia.

a) Internamiento ordinario

El internamiento ordinario es aquel que se realiza previa autorización judicial.

La solicitud de internamiento se dirigirá al juzgado de 1ª instancia del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento, y en ella habrá de acreditarse la necesidad de internamiento involuntario del menor de edad.

Serán criterios médicos los que determinen la procedencia del internamiento y por tanto, debe existir un informe médico en el que se ponga de manifiesto la existencia de un trastorno psíquico real que legitime la adopción de la medida.

En las comunicaciones que se realicen al Ministerio Fiscal, además del informe médico, deberá enviarse un informe social en el que conste la situación social y familiar de la persona menor de edad.

Tras la presentación de la solicitud, el/la Juez/a y el Médico Forense deberán realizar un examen personal del menor de edad. Posteriormente, el/la Juez/a dictará un Auto que autorizará o denegará el internamiento.

Si la persona menor de edad se opone al ingreso o a su continuación, y sus representantes legales estimaran que sí procede, debe tramitarse el mismo

como internamiento involuntario, con las garantías del artículo 763 LEC.

Si la persona menor de edad con suficiente capacidad de decisión (madurez) deseara el ingreso y sus representantes legales se opusieran a él y a juicio facultativo su situación clínica hiciera aconsejable su hospitalización teniendo en cuenta la patología y gravedad de la situación, procedería poner los hechos en conocimiento del juzgado.

b) Internamiento de urgencia

El internamiento de urgencia es aquel en el que el control judicial se produce a posteriori.

La persona responsable del centro en que produzca el internamiento deberá dar cuenta de éste al juzgado competente (el tribunal del lugar donde radique el centro donde se haya producido el internamiento) lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de la medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

10.4. ¿Conlleva el internamiento no voluntario autorización para el tratamiento médico?

En la medida en que el internamiento no voluntario se configura como una medida sanitaria cuyo fin es realizar una correcta valoración diagnóstica y proporcionar a la persona menor de edad el tratamiento médico adecuado, resulta evidente la autorización de internamiento conlleva autorización para el tratamiento médico y farmacológico.

Cuando se produzca la recuperación de la persona menor de edad la continuidad del tratamiento deberá someterse a las reglas propias del consentimiento informado recogidos en la presente guía.

10.5. ¿Cuál es la duración del internamiento no voluntario?

Los/las facultativos que atienden a la persona menor de edad tienen la obligación de informar periódicamente al juez/a sobre la necesidad de mantener la medida. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el/la juez/a acordará lo procedente sobre la continuidad o no del internamiento.

Por lo que respecta a la finalización del internamiento, será el personal médico que atienda a la persona menor de edad quien considere que no es necesario mantener el internamiento y por tanto dará el alta respectiva, y lo comunicará inmediatamente al juzgado. Esto significa que en ningún caso el/la juez/a acuerda la finalización del internamiento.

10.6. ¿Qué actuaciones deben seguirse en caso de desacuerdo entre familiares en relación con la duración del internamiento?

En el supuesto de que progenitores o tutores del menor de edad **no estén de acuerdo con el alta médica**, al tratarse de una decisión médica y no judicial, lo único que podrían hacer es solicitar de nuevo un internamiento que, en cualquier caso, precisaría de un informe médico determinante. Si éste no existe porque el personal médico no considera necesario un internamiento, prevalecerá el criterio facultativo.

En el supuesto de que progenitores o tutores de la persona menor de edad **quieran poner fin al internamiento** y los/las facultativos/as que lo atienden no lo consideren oportuno, deberán ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial.

11. LA OBLIGACIÓN DE VIGILANCIA DE LOS CENTROS SANITARIOS

11.1. ¿Existe un deber de custodia de personas menores de edad ingresadas en un centro?

Con carácter general, el ingreso en un centro sanitario se produce por decisión libre y voluntaria de la persona enferma, quien dispone de la facultad de darlo por terminado mediante la solicitud de alta voluntaria.

Sólo en los supuestos de internamientos no voluntarios, o en aquellos casos en que la persona enferma esté privada transitoria o permanentemente de capacidad, los centros y profesionales sanitarios deben prestar una actuación atenta y diligente según las circunstancias de cada caso, y su quebrantamiento puede dar lugar a una declaración de responsabilidad personal o institucional.

La función de garante de enfermos psiquiátricos ingresados en los centros sanitarios se incumple cuando se produce una omisión culposa de los deberes de vigilancia y control.

11.2. ¿El incumplimiento del deber de vigilancia puede dar lugar a responsabilidades del personal sanitario?

No puede afirmarse o negarse esta posibilidad a priori. Será necesario valorar las circunstancias de cada caso para conocer el alcance del deber de vigilancia y custodia impuesto al centro sanitario y determinar, en su caso, la existencia o no de algún tipo de responsabilidad que, en la mayor parte de los casos, sería exigida frente a la Administración titular del centro por la vía de la responsabilidad patrimonial.

En cualquier caso las cuestiones de funcionamiento de las Unidades de Salud Mental serán las establecidas en el Reglamento de Régimen Interior que deberá darse a conocer a pacientes y/o a sus representantes legales.

Asimismo es recomendable dejar constancia documental de todas aquellas actuaciones de las que pueda derivarse algún tipo de responsabilidad.

11.3. ¿Que medidas deben tomarse cuando se acuerde una salida terapéutica?

En caso de que se acuerde la salida terapéutica de la persona menor de edad, ya sea dentro del recinto hospitalario o fuera del mismo se dejará constancia escrita del consentimiento prestado por la persona menor de edad o por su representante legal.

11.4. ¿Qué actuaciones deben realizarse en caso de fuga?

En caso de fuga de la persona menor de edad ingresada en una unidad de hospitalización o centro análogo deberá procederse a la comunicación inmediata al Juzgado, a la Fiscalía, en su caso, y a la Comisaría de Policía.

Del mismo modo se procederá a comunicar el regreso de su fuga.

12. MEDIDAS DE CONTENCIÓN

12.1. ¿Es posible adoptar medidas de contención en menores de edad?

Nuestro Ordenamiento Jurídico carece de una regulación específica referida a la adopción de medidas de contención en el ámbito sanitario a pesar de que, en ocasiones, resulta imprescindible adoptar tales medidas para proteger a la persona y poder realizar una correcta asistencia.

Ante la ausencia de una regulación legal, la adopción de cualquier medida de contención limitativa de la libertad ha de realizarse respetando una serie de principios señalados por la doctrina científica:

- Respeto a la dignidad personal
- Principio de congruencia, es decir que el medio físico de contención sea eficaz y adecuado a los fines que se persiguen.
- Se han de agotar los medios menos restrictivos para la libertad personal de un paciente antes de decidirse por el empleo de los más restrictivos.
- Principio de temporalidad, de modo que superada la situación de urgencia que justifica su empleo se den paso a otras medidas menos intensas.
- Principio de idoneidad de medios tanto humanos como materiales.
Respecto a los primeros, la indicación ha de ser siempre médica. En cuanto a los medios materiales, se ha de disponer de unas instalaciones adecuadas que estén dotadas de servicios de vigilancia y observación.
- Principio de cuidado. La intervención de profesionales sanitarios no se ha de limitar a la indicación del medio coactivo que se ha de emplear, sino que se ha de extender durante todo el período de tiempo que esté vigente.
- Principio de documentación de actuaciones, debiendo quedar constancia en la historia clínica del empleo de estos medios coactivos.
- Principio de fiscalización.

En relación con las medidas de contención habrá que tener en cuenta, además dos supuestos:

- Paciente que ha sido **internado/a de forma involuntaria** tras la correspondiente autorización judicial. En este caso podríamos pensar que si no es preciso recabar la autorización judicial para instaurar un tratamiento forzoso, tampoco sería preciso si lo que se pretende es el empleo de estas medidas como instrumento para que el tratamiento pueda surtir sus efectos.
- Si el **ingreso es voluntario**, hay que distinguir entre un/a paciente que tiene todas sus facultades de comprensión intactas, de quien carece de estas facultades, en cuyo caso, y sin perjuicio del deber que pesa sobre el personal sanitario de informarle del tratamiento al que se le va a someter, deberíamos traer a colación las reglas del consentimiento por sustitución que, en su caso, también haríamos extensivas al empleo de los medios de contención (salas de aislamiento, medidas de contención física...).

13. OTRAS MEDIDAS

13.1. Recogida de muestras para análisis de tóxicos en orina en menores de edad con consumo de sustancias psicoactivas.

En estos casos, habría que informar previamente de las condiciones en las que se va a practicar la toma de muestra de orina así como de los fines.

Su obtención deberá hacerse respetando las normas de pudor y recato comúnmente aceptadas, dado que en otro caso también podría verse afectada la intimidad corporal.

Por ello:

- a) Debería estar suficientemente justificada a la vista de las circunstancias personales y clínicas del/la paciente.
- b) Se debería adoptar una medida proporcionada, que permita conseguir la finalidad que se persigue (evitar fraudes en su obtención), sin comprometer en la medida de lo posible la intimidad de la persona, evitando la presencia o el contacto visual por parte de un tercero.

La obtención se realizará bajo la supervisión de progenitores, y el personal profesional valorará el estado de la muestra y la calidad percibida de la misma. En caso de que se tenga dudas de su procedencia, se solicitará la repetición de la prueba.

13.2. Grabación de pacientes

La normativa vigente para que profesionales sanitarios realicen grabaciones, está constituida por el RGPD (Ley Orgánica 3/2018, 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales), y con carácter específico las leyes sanitarias 41/2002, de 14 de noviembre, y la Ley 5/2010 de 24 junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de CLM.

No es necesario el consentimiento de un/a paciente para efectuar la grabación si la finalidad es sanitaria (necesaria para diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral, gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, por interés público en el ámbito de la salud pública, o para garantizar elevados niveles de calidad y de seguridad de la asistencia sanitaria y de los medicamentos o productos sanitarios).

Para las grabaciones con otros fines distintos de los anteriormente señalados hará falta el consentimiento informado.

Finalmente y, aunque no hay que recabar el consentimiento informado para la grabación realizada con fines asistenciales relacionados directamente con su proceso clínico, sí hay que informarle de:

- La finalidad de la grabación y quienes van a visualizarla.
- Dónde se custodian las imágenes: en la historia clínica si se trata de grabaciones con fines terapéuticos en el marco del estado clínico, como una medida más para una adecuada atención sanitaria.
- La información específica en materia de protección de datos personales conforme a lo previsto en el art. 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

No obstante esta información se debe proporcionar a todo paciente que acude a los centros sanitarios.

ANEXO I

FORMULARIOS

A continuación se detallan **Formularios** para las comunicaciones a distintas instituciones (Juzgado, Fiscalía...), en circunstancias relacionadas con el ingreso a personas menores de edad.

Estas comunicaciones se realizan mediante un sistema informático en la U. Hospitalización Breve Infanto Juvenil de Ciudad Real, pero dado que estaban en la Guía previa, se dejan aquí por si se necesitaran en algún momento.

COMUNICACIÓN INTERNAMIENTO NO VOLUNTARIO URGENTE

A: JUZGADO..... **Ref:**

A: FISCALIA..... **Ref:**

ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE INGRESO NO VOLUNTARIO URGENTE

Ilmo./a. Sr./a.:

Tengo el honor de comunicar a V.I., a efectos del cumplimiento del art. 763 de la ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, que:

El/la menor de edad D./D^a.....con fecha de nacimiento..... tras el correspondiente reconocimiento por parte del Dr./a. Colegiado N^o.....

Ha sido hospitalizado/a en esta Unidad a las..... horas del día... .. de..... de 20....., siendo el diagnóstico de presunción quedando en el mismo a su disposición, a fin de que su autoridad decida si procede o no la continuación de su internamiento.

En....., a..... de.....de 20....

Jefe/a de Servicio de Psiquiatría

El/la Médico/a Psiquiatra

COMUNICACIÓN DE CONTINUIDAD DE INGRESO

A: JUZGADO..... Ref:

A: FISCALIA..... Ref:

ASUNTO: *NOTIFICACIÓN DE CONTINUIDAD DE INGRESO*

Ilmo./a. Sr./a.:

Tengo el honor de contestar a su escrito referente al/la menor de edad D./D^a..... hospitalizado/a en esta Unidad y de quien dimos cuenta a ese Juzgado (Nº internamiento:.....), de conformidad con lo dispuesto en el art. 763, de la ley Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero.

En la actualidad **NECESITA PROSEGUIR SU HOSPITALIZACIÓN.**

Lo que pongo en su conocimiento para que surta los efectos oportunos.

En....., a..... de.....de 20....

Jefe/a de Servicio de Psiquiatría

El/la Médico/a Psiquiatra

COMUNICACIÓN DE PERMISO TERAPÉUTICO EN LA UHB INFANTO-JUVENIL.

A: JUZGADO..... Ref:
A: FISCALIA..... Ref:

ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE PERMISO TERAPÉUTICO EN UHB INFANTO-JUVENIL

Ilmo./a. Sr./a.:

En relación con el procedimiento de internamiento arriba reseñado, le comunicamos que el/la paciente D/D^a que ingresó el pasado en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital General Universitario de Ciudad Real, tiene previsto un PERMISO TERAPÉUTICO, del al y a su vuelta mantendrá su ingreso hasta lograr una mejoría estable que facilite su alta definitiva; de la cual informaremos.

Lo que pongo en su conocimiento para que surta los efectos oportunos.

En....., a..... de.....de 20....

Jefe/a de Servicio de Psiquiatría

El/la Médico/a Psiquiatra

COMUNICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA A JUZGADO

A: JUZGADO..... Ref:

A: FISCALIA..... Ref:

ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE ALTA HOSPITALARIA

Ilmo./a. Sr./a.:

Tengo el honor de informar a V. I. que el /la paciente menor de edad

D./D^a.....

...con fecha de nacimiento.....hospitalizado/a en esta Unidad y

del cual dimos cuenta a ese Juzgado, de conformidad con lo dispuesto en el

art. 763, de la ley Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero, con

INTERNAMIENTO n^oha sido dado/a de ALTA

HOSPITALARIA el día, según informamos a V.I.

Lo que pongo en su conocimiento para que surta los efectos oportunos.

En....., a..... de.....de 20....

Jefe/a de Servicio de Psiquiatría

El/la Médico/a Psiquiatra

COMUNICACIÓN INTERNAMIENTO NO VOLUNTARIO ORDINARIO

A: JUZGADO..... Ref:

A: FISCALIA..... Ref:

ASUNTO: HOSPITALIZACIÓN CON AUTORIZACIÓN JUDICIAL DE INGRESO

Ilmo./a. Sr./a.:

Tengo el honor de comunicarle que con fecha..... de..... de 20..... presentó solicitud de internamiento número..... según providencia del Magistrado/a Juez/a, Sr./a., dictada en a..... de..... de 20....., a instancia de:

El/la menor de edad D./D^a y que tras el correspondiente reconocimiento por parte del Dr./a.....

Colegiado/a número..... se estima **PROCEDENTE SU HOSPITALIZACIÓN**, siendo el diagnóstico de presunción

quedando en el mismo a su disposición, a fin de que su autoridad decida si procede o no la continuación de su internamiento.

Lo que comunico a V.I, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, artículo 763, en la fecha abajo indicada a lashoras.

En....., a..... de.....de 20....

Jefe/a de Servicio de Psiquiatría

El/la Médico/a Psiquiatra

COMUNICACIÓN AL JUZGADO DE LA NO PROCEDENCIA DEL INTERNAMIENTO NO VOLUNTARIO ORDINARIO

A: JUZGADO..... **Ref:**

ASUNTO: NO HOSPITALIZACIÓN EN AUTORIZACIÓN JUDICIAL DE INGRESO

Ilmo./a. Sr./a.:

Tengo el honor de comunicarle que con fecha..... de..... de 20..... presentó solicitud de internamiento número..... según providencia del Magistrado/a Juez/a, Sr./a., dictada en a..... de..... de 20....., a instancia de:

El/la menor de edad D./D^a y que tras el correspondiente reconocimiento por parte del Dr./a.....

Colegiado/a número..... se estima **NO PROCEDENTE SU HOSPITALIZACIÓN** en el momento actual, teniendo en cuenta

Lo que comunico a V.I., en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, artículo 763, en la fecha abajo indicada a las.....horas.

En....., a..... de.....de 20....

Jefe/a de Servicio de Psiquiatría

El/la Médico/a Psiquiatra

COMUNICACIÓN DE INGRESO POR ORDEN JUDICIAL

A: JUZGADO..... Ref:
A: FISCALIA..... Ref:

ASUNTO: ORDEN JUDICIAL DE INGRESO

Ilmo./a. Sr./a.:

Tengo el honor de comunicarle que con fecha.....de..... de 20..... presentó solicitud de internamiento número.....según providencia del Magistrado/a Juez/a, Sr./a....., dictada ena..... de..... de 20..... A instancia de:

El/la menor de edad D./D^a

.....
con fecha de nacimiento..... y que tras el correspondiente reconocimiento por parte del Dr./a..... Colegiado/a número.....se estima procedente su hospitalización, siendo el diagnóstico de presunción de

Este internamiento se produce en el día de la fecha abajo indicada a las..... horas.

Lo que comunico a V.I. en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, artículo 763.

En....., a..... de.....de 20....

Jefe/a de Servicio de Psiquiatría

El/la Médico/a Psiquiatra

COMUNICACIÓN DE FUGA

A: JUZGADO..... Ref:
A: FISCALIA..... Ref:

ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE FUGA

Ilmo./a. Sr./a.:

Tengo el honor de informar a V. I. que el /la paciente menor de edad D./D^a.....
.....con fecha de nacimiento..... hospitalizado/a en esta Unidad con carácter de urgencia, y del cual dimos cuenta a ese Juzgado (Nº internamiento:.....), de conformidad con lo dispuesto en el art. 763, de la ley Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero, se ha **FUGADO** el díaa las horas, según informamos a V.I.

Lo que pongo en su conocimiento para que surta los efectos oportunos.

En....., a..... de.....de 20....

Jefe/a de Servicio de Psiquiatría

El/la Médico/a Psiquiatra

**COMUNICACIÓN DE FUGA A LA COMISARÍA DE POLICÍA
(TELEFÓNICAMENTE Y POR ESCRITO).**

A: COMISARÍA DE POLICIA..... Ref:

ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE FUGA A COMISARÍA

Sr./a. Jefe Superior de Policía:

Tengo el honor de informar a V. I. que el /la paciente menor de edad
D./D^a.....
con fecha de nacimiento....., se ha fugado de nuestra
Unidad, el día a las.....horas.

Lo que pongo en su conocimiento a los efectos oportunos.

En....., a..... de.....de 20....

Jefe/a de Servicio de Psiquiatría

El/la Médico/a Psiquiatra

COMUNICACIÓN DEL REGRESO DE FUGA

A: JUZGADO..... Ref:

A: FISCALIA..... Ref:

ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE REGRESO DE FUGA

Ilmo./a. Sr./a.:

Tengo el honor de informar a V. I. que el /la paciente menor de edad

D./D^a.....

.....con fecha de nacimiento..... hospitalizado/a en

esta Unidad con carácter de urgencia y del cual dimos cuenta a ese Juzgado

(Nº internamiento:.....), de conformidad con lo dispuesto en

el art. 763, de la ley Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero, y **FUGADO** el

díaa las horas, según informamos a V.I.

HA REGRESADO A SU HOSPITALIZACIÓN traído por

..... el
día.....a lashoras.

Lo que pongo en su conocimiento para que surta los efectos oportunos.

En....., a..... de.....de 20....

Jefe/a de Servicio de Psiquiatría

El/la Médico/a Psiquiatra

**COMUNICACIÓN DEL REGRESO DE FUGA A LA COMISARÍA DE POLICÍA
(TELEFÓNICAMENTE Y POR ESCRITO)**

A: COMISARÍA DE POLICÍA.....
Ref.

ASUNTO: NOTIFICACIÓN A COMISARIA DE REGRESO DE FUGA

Sr. Jefe Superior de Policía:

Le informo que el/ la paciente menor de edad D./D^a
.....
con fecha de nacimient....., del que dimos parte a esa Comisaría que se
había fugado de nuestra Unidad, el día a
las.....horas.

HA REGRESADO a su **HOSPITALIZACIÓN**, traído por
..... el día
.....a las.....horas.

Lo que pongo en su conocimiento a los efectos oportunos.

En....., a..... de.....de 20....

Jefe/a de Servicio de Psiquiatría

El/la Médico/a Psiquiatra

ANEXO II.- NORMATIVA REGULADORA

- Convención de los derechos del niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.
- Declaración de Helsinki de 1964
- Constitución Española
- Código Civil.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (artículo 763)
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley 14/1986, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla - La Mancha.
- Ley 3/1999, de 31 de marzo, de Protección del Menor de Castilla - La Mancha.
- Plan de Salud Mental de Castilla - La Mancha.
- Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, sobre la ética médica en la atención al menor maduro.
- Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.
- Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, y revisión vigente desde 28 de Diciembre de 2019.
- Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género.
- Ley Orgánica 3/2018, 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

ANEXO III.- DIRECTORIO DE RECURSOS DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL EN CLM

UNIDADES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (USMIJ)

Albacete

Hospital Perpetuo Socorro

C/ Seminario, 4
02006 Albacete
Tfno.: 967 597 645
Fax: 967 597 624

Ciudad Real

Servicios Sanitarios y Asistenciales

C/ Ronda del Carmen, s/n
13002 Ciudad Real
Tfno.: 926 229 840
Fax: 926 225 870

Cuenca

Avd. Música Española S/N
16005 Cuenca
Tfno.: 969 179 934

Guadalajara

Unidad de Salud Mental

C/ Ferial, 31-2º
(A partir de junio de 2022 C/ Donantes de Sangres s/n)
19002 Guadalajara
Tfno.: 949 225 719
Fax: 949 254 477

Mancha Centro

Hospital General La Mancha Centro

Avda. de la Constitución, 3
13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real)
Tfno.: 926 58 06 96
Fax: 926 541 750

Talavera de la Reina

Hospital General Nuestra Señora del Prado

Ctra. Extremadura, Km. 114,1
45600 Talavera de la Reina (Toledo)
Tfno.: 925 803 600
Fax: 925 839 282

Toledo**Hospital Provincial**

Subida de San Servando s/n

45006 Toledo

Tfno.: 925 25 93 50

Fax: 925 214 351

DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL DE HOSPITALIZACIÓN DE DÍA INFANTO-JUVENIL (HDIJ)**Albacete****Hospital del Perpetuo Socorro**

C/ Seminario, nº 4

2006 ALBACETE

Tfno.: 967 597 799 - 967 597 645

Fax: 967 597 624

Mancha Centro**Hospital General de la Mancha Centro**

Avda de la Constitución, 3

13600 Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Tfno.: 926 58 06 76 ext.80696

Fax: 926 580 834

Guadalajara**Hospital Universitario de Guadalajara**

C/ Ferial, 31-2º

(A partir de junio de 2022 C/ Donantes de Sangres s/n)

19002 Guadalajara

Tfno.: 949 225 719

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL (UHBIJ)**Hospital General de Ciudad Real**

C/ Obispo Rafael Torija, s/n

13004 Ciudad Real

Tfno.: 926 278 000 – 926 277 054 – 926 277 095

Fax: 927 278 551

CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA AL MENOR (CAEM)

C/ del Río Alberche s/n

45007 Toledo

Tfno.: 925 233 414

Fax: 925 233 414