

**COMISIÓN PERMANENTE CGCOM**

**DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA (CCD) DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (OMC) SOBRE LA ASISTENCIA MÉDICA AL MENOR EN SITUACIONES DE RECHAZO AL TRATAMIENTO.**

El Pleno de la Comisión Central de Deontología en sesión celebrada los días 30 y 31 de enero de 2015, elabora la presente:

**DECLARACIÓN**

**I.- Introducción**

En general, el consentimiento del paciente es fuente de conflictos en numerosas circunstancias. Esto se acentúa si el paciente es menor de edad, por las limitaciones a su capacidad para consentir.

El consentimiento como derecho está regulado por numerosas normas legales y deontológicas, las cuales son muy precisas además de exigentes, pero que no consiguen aclarar debidamente los conflictos que en la práctica se plantean y la resolución de los mismos.

Tanto las normas legales actuales como las deontológicas, reconocen para los menores una progresiva madurez, que favorece su autodeterminación y capacidad de autonomía ante la asistencia sanitaria. Sin embargo, el propio derecho civil, en orden a la protección de los menores, establece para los padres los deberes de guarda y custodia hasta su mayoría de edad, estando obligados a representarlos y decidir por ellos, siempre en su beneficio.

Ante posibles conflictos la Comisión Central de Deontología considera necesario el análisis y la valoración del tema, para de esta manera, orientar en la toma de decisiones.

Esta Declaración tiene como objetivo trasladar a los especialistas en pediatría y a los médicos en general, la información legal y ético-deontológica necesaria que les facilite tomar decisiones ante conflictos de consentimiento en el ámbito asistencial.

La práctica pone de manifiesto que numerosas demandas de responsabilidad profesional están directamente relacionadas con aspectos legales, como la información, el consentimiento o la confidencialidad; muchas menos veces las reclamaciones se relacionan con la preparación científica de los médicos.

Esta Comisión Central de Deontología ya elaboró en el año 2007 la Declaración sobre el “Menor Maduro”, en referencia al derecho progresivo de los menores a tomar decisiones sobre sí mismos.

Fue en Estados Unidos donde al inicio de los años 70, se fue configurando de una forma progresiva la doctrina jurídica del “*menor maduro*”.

Esta doctrina, a su vez, se fundamenta en la conocida como “*regla del menor maduro*”, por la cual, la patria potestad, entendida como poder directo sobre una persona, sigue siendo efectiva, hasta que el menor alcanza la mayoría de edad, pero a medida que éste va madurando, el nivel de control por parte de los padres se debe ir limitando de forma adecuada. Esto se correspondería con un grado de inteligencia y voluntad suficientes para realizar válidamente un acto jurídico concreto o ejercitar un derecho.

Llevado esto a la asistencia médica, significa la capacidad de una persona menor para comprender la situación a la que se enfrenta, y las alternativas posibles de tratamiento, junto a las consecuencias previsibles de cada una de ellas; esto también incluye el saber expresar y defender sus decisiones apoyándose en su escala de valores. Comprobado esto, es cuando el menor puede decidir por sí mismo, pasando a un plano secundario la intervención de los padres, aunque es cierto que en situaciones de gravedad y riesgo importante, la opinión de estos pueda y deba ser tenida en cuenta y hasta seguida.

En Derecho Médico, el concepto del *"menor maduro"* ha sido ampliamente aceptado, y reforzado por su reconocimiento judicial; la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor ya indica que *".. la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia es promover su autonomía como sujetos"*. Con esta idea, el Convenio Europeo de Bioética redactado en Oviedo y en vigor como legislación española desde el 1 de enero de 2000, respecto al consentimiento del menor en la asistencia sanitaria dice *"... la opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez"*.

Se puede concretar que la expresión *"menor maduro"* es utilizada para identificar a las personas menores de 18 años (mayoría de edad legal), pero con capacidad intelectual y volitiva suficiente para implicarse en la toma de decisiones referentes a su persona. En general, se acepta que los derechos de personalidad (aspectos afectivos y de salud en general y salud sexual y reproductiva en particular) y otros derechos civiles pueden y deben ser ejercitados por las personas desde el momento en que tengan juicio natural suficiente, hecho o circunstancia que, para muchos autores, en la mayoría de las personas va ocurriendo paralela a la madurez biológica, y antes de los 18 años.

## II.- Regulación Legal

Repasando el ordenamiento jurídico español se puede determinar que la primera normativa que recoge la participación del menor como paciente en la asistencia sanitaria se deriva de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Esta norma, configura una imagen del menor como un sujeto activo y participativo en la vida social, cultural y política. No obstante los padres o el tutor siempre en beneficio del menor lo sustituyen en las decisiones más trascendentes, pero haciéndole progresivamente partícipe en la medida en que comprenda lo que le sucede y las ventajas e inconvenientes de lo que se le ofrece como tratamientos.

Ante la ausencia en el ordenamiento jurídico español de una normativa específica y precisa sobre el consentimiento del menor de edad en la asistencia sanitaria, la

doctrina era casi unánime en cuanto a la aceptación del criterio de la capacidad natural, lo que implicaba la posibilidad de que el reconocimiento del ejercicio del derecho a consentir, por parte del paciente, dependiera de que se reuniesen las condiciones físicas y psíquicas (*grado de madurez*), que permitieran aceptar o rechazar un determinado acto médico, aunque siempre contando con la opinión de los padres o tutores. En este sentido, es de destacar el importante papel del médico como garante de unos derechos de los menores, guiado siempre por procurar el mayor beneficio del menor, en contra, a veces de lo manifestado por los padres.

Tras la entrada en vigor, en España, del referido Convenio Europeo de Bioética, sus referencias precisas al consentimiento del menor comenzaron a servir de guía en las conductas médicas habituales.

Así se recoge en el artículo 6.2 que: *“cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez”*.

De esta redacción se deriva que la norma establece un doble razonamiento: *la edad*, como criterio objetivo y *la madurez* del paciente menor de edad para valorar su opinión, como criterio subjetivo. La doctrina mayoritaria estima que prima la capacidad natural sobre la jurídica, ya que el precepto reconoce, a contrario, la facultad del menor de autorizar la práctica de la intervención de que se trate, otorgando a su opinión una importancia creciente *“en función de la edad y de su madurez”*.

Respecto al segundo criterio (*grado de madurez*), volvió a ser recogido en la normativa reguladora de los derechos de los pacientes, 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. Como criterio determinante, esta ley estatal, cuando se refiere al consentimiento por representación en su artículo 9.3c, dice que

*“cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos”.*

Trasladado esto a los pediatras y a los médicos en general, significa que cuando atiendan a un paciente menor de edad que sea capaz de comprender el alcance, finalidad y naturaleza de la intervención sanitaria, hay que considerarlo plenamente facultado para prestar el consentimiento por sí mismo. Será por tanto, al médico a quien corresponde verificar y acreditar si el menor reúne las condiciones de madurez necesarias o si, por el contrario, se debe requerir el consentimiento de sus representantes legales. Es preciso señalar que la madurez exigida (capacidad de comprensión y volitiva) no tiene por qué ser la misma para todo tipo de actos médicos, pues en algunos casos la complejidad del mismo hace necesario, en el paciente, una mayor comprensión y discernimiento.

Pero la cuestión no acaba ahí pues el mismo artículo 9.3c, continúa su redacción, indicando que *“en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”*; este precepto vuelve a colocar al médico en una posición de alta responsabilidad legal y deontológica, la de valorar la capacidad de comprensión del paciente específico acerca del acto médico que se le va a practicar cuando este entraña grave riesgo.

Por tanto se debe entender que tratándose de un *“menor maduro”*, la intervención de los representantes legales en la toma de decisión debería limitarse a los supuestos en los que el propio menor lo autorice. Supuesto bien distinto sería cuando el menor careciera o tuviera limitada la capacidad para comprender y entender el alcance de la intervención y sus riesgos; en su caso, sin lugar a dudas, procedería el consentimiento de sus representantes legales.

La Ley 41/2002 sí deja claro que cuando el menor ha cumplido 16 años ya no cabe el consentimiento por representación para lo que sería la asistencia sanitaria que podríamos denominar habitual, reservándose la actuación y participación de los padres en los casos de intervenciones de grave riesgo y otras circunstancias excepcionales (art. 9.3c)

Aún así, los aspectos legales de la asistencia sanitaria al menor nos plantean a veces situaciones de difícil solución. Con esta Declaración se pretenden dar unas directrices que faciliten a pediatras y a médicos en general la decisión ético-deontológica una vez realizado el juicio clínico y el juicio legal del caso.

### **III.- Recomendaciones prácticas**

#### **Edad cronológica y reconocimiento legal de derechos de los menores**

Desde la práctica médica se establecen tres supuestos diferentes, para lo cual se fija como criterio divisorio la edad del menor y su correspondiente grado de capacidad.

##### **1. Menores de 12 años.**

En general no tienen reconocida capacidad intelectual ni emocional para comprender el alcance del acto médico. Ante esta circunstancia, el consentimiento debe ser siempre prestado por su representante legal.

La Ley 41/2002 indica que será necesario escuchar la opinión del menor de edad, con doce años cumplidos, aunque el consentimiento deba ser prestado por sus representantes legales.

El Convenio de Derechos del niño y la Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor, indican que es preciso oír al menor cuando tiene menos de 12 años y, cuando ya los ha cumplido además de conocer la opinión, hay que tenerla en cuenta. No obstante, la decisión final será adoptada por sus representantes legales, la cual siempre

deberá estar en consonancia tanto con el interés del menor como con el respeto a su dignidad personal.

## **2. Menores entre 12 y 16 años**

Este grupo es sin duda alguna el más controvertido. Al ser tan amplio, permite subdividirlo en otros dos, a efectos puramente asistenciales.

Por un lado, cuando la capacidad intelectual y emocional del menor para comprender el alcance del acto médico no está claramente establecida. Esto implica la necesidad de que el consentimiento lo otorgue el representante legal, aunque es preciso haber escuchado la opinión del menor.

Y de otro lado, cuando el menor es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance del acto asistencial, y atendiendo a lo expuesto anteriormente, el menor puede decidir por sí mismo, lo cual plantea algunas cuestiones de índole práctica.

a) ¿Cuándo podemos afirmar que el menor es capaz de comprender intelectual y emocionalmente, el acto médico?

b) ¿Es el médico pediatra o el de otra especialidad responsables del proceso asistencial, quienes deben determinarlo?

Anteriormente se indicaba que las normas legales son precisas y exigentes, sin embargo, las leyes deber ser aplicables a todos y, por tanto, generales, lo que conduce a situaciones prácticas, siempre específicas, concretas, individuales y personales en sus características y circunstancias. Por ello, las leyes sobre asistencia sanitaria, siempre descargan en el médico la responsabilidad científica y moral de valorar y determinar la capacidad del menor para decidir.

Buscando la seguridad, algunos médicos defienden la necesidad de realizar protocolos de consenso, que de una forma objetiva evalúen la capacidad de estos pacientes menores.

Son mayoría los que opinan que la determinación de dicha capacidad corresponde a los médicos responsables del proceso asistencial (Declaración de la Comisión Central de Deontología de 14 de noviembre de 2014), que deben asumir este acto científico y ético-deontológico preparándose para ello y considerando que con ello se convierten en un elemento distinto de las partes (padres e hijos) y privilegiado para actuar como garantes de los menores, frente a las discrepancias entre padres e hijos e, incluso, entre los propios padres.

Aun siguiendo este criterio, la determinación de la capacidad del menor para comprender intelectual y emocionalmente el alcance del acto médico nunca podrá ser rígida, sino que por el contrario variará en función de determinados factores, tales como la edad del menor, su grado de instrucción, su nivel intelectual y las experiencias vividas, la gravedad del acto a realizar, su complejidad, la relación riesgo/beneficio del acto propuesto, e incluso el hecho de que el caso se tratara de una urgencia o una emergencia médica.

Consustancial a la alta responsabilidad moral y social del médico, aparece una situación que éste debe manejar desde los conocimientos legales y ético deontológicos, tomando las decisiones de forma reflexiva y tras haber valorado pros y contras de todas las posibilidades.

Si es el médico quien debe asumir la delicada función de determinar la capacidad del menor también recaerá sobre él la responsabilidad por la decisión que adopte. En el caso de conflicto legal, el médico siempre debe estar en condiciones de explicar y razonar de forma fundada la decisión tomada.



Para evitar conflictos y atendiendo al contenido de la ley, parece recomendable que, cuando el médico considera maduro al menor, puede bastarle su consentimiento para actos médicos de bajo riesgo y habituales. Su actuación debe hacerse más exigente cuando en la patología del menor y el tratamiento requerido se aprecia gravedad o riesgo significativo o importante. Igual sucede ante la solicitud de prestaciones en las que se pongan en peligro la vida del paciente menor o su integridad o cuando la práctica del acto médico sea imprescindible o de consecuencias irreversibles. En este caso sí es recomendable informar a los padres y contar con su opinión acerca del tratamiento a seguir.

En caso de conflicto, o de desacuerdo entre el menor y sus padres, o de los padres entre sí, el médico puede recurrir a la normativa civil (artículo 163 del Código Civil), poniendo el asunto en conocimiento del juez, al efecto de que intervenga el ministerio fiscal o se nombre un defensor judicial, al menor.

### **3. Menores entre 16 y 18 años**

La Ley 41/2002 señala que en la asistencia sanitaria no cabe el consentimiento por representación en los menores que han cumplido 16 años. Es lo que se puede denominar "*emancipación sanitaria*", mal llamada por algunos como "*mayoría de edad sanitaria*".

Cumplidos los 16 años se entiende que el paciente se encuentra legitimado y con capacidad suficiente para entender y comprender el acto médico en su totalidad, tanto en lo referente a la naturaleza, riesgos, consecuencias y finalidad del mismo, por lo que estaría capacitado para dar un consentimiento válido.

En este sentido la Ley exige especial consideración ante situaciones de "grave riesgo", según criterio médico. En estos casos los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta para la posterior toma de decisión.

No obstante el “grave riesgo” no tiene por qué invalidar el consentimiento otorgado por el menor, el cual se ha basado en el grado de madurez y en su capacidad para poder comprender y en su caso consentir el acto médico que se le propone.

Hay que recurrir al consentimiento por representación (padres y/o representantes legales) cuando el menor, mayor de 16 años, se encuentre en situación de incapacitado legal (permanente) o bien en situación de presunto incapaz (aunque sea de forma no permanente). Los casos de conflicto pueden necesitar la intervención del juez.

#### **IV.- Regulación Deontológica**

El Código de Deontología Médica del año 2011 incluye, en su capítulo III sobre “relaciones del médico con sus pacientes”, normas específicas que regulan el estatus del menor de edad.

##### *Artículo 14*

- 1. El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias.*
- 2. La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y grado de madurez; esta valoración supone para el médico una responsabilidad ética.*
- 3. En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de 16 años, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento. Entre 16 y 18 años los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta.*
- 4. Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial.*

La propia Comisión Central de Deontología indica que los menores viven la enfermedad, experimentan el dolor, el miedo y la angustia a su manera y el médico no puede actuar ignorando esta realidad; la explicación hay que llevarla a su nivel para

que comprendan lo que les ocurre, aportándoles respuestas esperanzadoras. El menor se debe sentir acompañado y tener la seguridad de que se le ayudará a superar el problema; no es infrecuente que en la práctica los médicos reciban de los menores enfermos lecciones de fortaleza, ánimo y esperanza.

#### **V.- Situaciones asistenciales que merecen especial consideración**

Una vez expuestas las cuestiones generales, se analizan dos situaciones que en la práctica pueden ser fuente de conflictos para los médicos que prestan asistencia a pacientes menores. Aunque se trate de situaciones específicas, les es aplicable todo lo que el Código Civil señala como derechos y obligaciones de los padres hacia los hijos, concretados en la patria potestad, la guardia y custodia y la tutela.

Así el artículo 154 del Código Civil, establece que la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a su integridad física y psicológica. Esta potestad comprende los siguientes deberes y facultades: Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral, representarlos y administrar sus bienes.

Por su parte, el artículo 156 regula que: *“La patria potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad.*

*En caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrá acudir al Juez, quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente juicio y, en todo caso, si fuera mayor de doce años, atribuirá sin ulterior recurso la facultad de decidir al padre o a la madre. Si los desacuerdos fueran reiterados o concurriera cualquier otra causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad, podrá atribuirle total o parcialmente a uno de los padres o distribuir entre ellos sus funciones. Esta medida tendrá vigencia durante el plazo que se fije, que no podrá nunca exceder de dos años.*

*En los supuestos de los párrafos anteriores, respecto de terceros de buena fe, se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro.*

*En defecto o por ausencia, incapacidad o imposibilidad de uno de los padres, la patria potestad será ejercida exclusivamente por el otro.*

*Si los padres viven separados, la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva. Sin embargo, el Juez, a solicitud fundada del otro progenitor, podrá, en interés del hijo, atribuir al solicitante la patria potestad para que la ejerza conjuntamente con el otro progenitor o distribuir entre el padre y la madre las funciones inherentes a su ejercicio”.*

Aplicaremos estas disposiciones a las siguientes situaciones:

**A) Asistencia médica a hijos menores de matrimonios separados**

Aún en estos casos no se puede olvidar que la norma básica, sobre la que se debe basar toda decisión médica es la que determina que siempre debe prevalecer el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo. Esta es la conclusión que se extrae de las tres leyes principales que rigen este tipo de relaciones, es decir, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos, 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 y del artículo 156 del Código Civil.

En el ejercicio de la patria potestad con padres separados, y con respecto a los menores, es preciso distinguir entre actos ordinarios de aquellos que son extraordinarios.

Entre los primeros podríamos incluir el llevar a un menor a la consulta del pediatra para un control rutinario o incluso un proceso banal. En estos casos, la decisión será

asumida por el progenitor bien con el que convive el menor o con el que acuda a la consulta, no siendo preciso obtener el consentimiento del progenitor ausente para realizar el tratamiento propuesto por el médico, sino que será suficiente con que el progenitor que acompaña al menor preste su consentimiento.

Esta conclusión se extrae del anteriormente transcrito artículo 156 del Código Civil cuando establece que *“serán válidos los actos realizados por uno de los progenitores con patria potestad, aun en ausencia del otro progenitor, cuando dicho acto sea conforme al uso social y a las circunstancias”*.

Por el contrario, para actos extraordinarios, respecto a la salud del menor (intervenciones quirúrgicas o aplicación de tratamientos complejos), es preciso el acuerdo de ambos progenitores.

Si se trata de un caso de urgencia, en el que no es posible esperar a obtener el consentimiento de ambos progenitores, se aplica el principio general, por el que prevalece el interés del menor, aplicando en consecuencia la intervención adecuada a la *lex artis ad hoc*, incluso aunque uno o los dos los progenitores hayan expresado su opinión en contra, dejando constancia en la historia clínica la necesidad de la actuación médica.

En el caso de que exista una desavenencia entre ambos progenitores respecto a la decisión a tomar, el asunto deberá judicializarse, debiendo acudir a esta vía el progenitor que solicite o considere necesaria o conveniente la intervención médica de que se trate, siendo el juez el que decidirá en aplicación del artículo 156 del Código Civil, ya que cuando los padres de un menor se oponen a un tratamiento, poniendo en peligro su vida o salud, el médico debería comunicarlo al juez competente. Esto mismo sucede cuando se trata de un problema relacionado con la salud mental y se indica un tratamiento psiquiátrico, especificando la ley que el internamiento de un menor, en un centro de salud mental necesita la previa autorización judicial.

Este procedimiento se equipara al que hay que seguir cuando está indicado el internamiento de una persona por razones de salud psíquica y el paciente se opone a dicho internamiento (art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Pero estas situaciones no se limitan exclusivamente a casos en que existan discrepancias entre progenitores a la hora de tomar decisiones respecto a la actuación ante un determinado tratamiento para el menor, sino que también se extiende al derecho a la información sobre el estado de salud del menor.

En estos casos, el médico debe solicitar la verificación, de que el progenitor o progenitores que solicitan la documentación sean titulares de la patria potestad, ya que si legalmente se le ha retirado a alguno este derecho, no podrá acceder a la documentación clínica del hijo menor.

#### **B) Asistencia médica a menores emancipados**

El Código Civil en su Título XI regula la emancipación, la cual puede llevarse a cabo por diferentes causas.

- Por concesión paterna. Esta situación ocurre cuando los propios progenitores consideran oportuno conceder al hijo menor de edad la situación de emancipado, acto que debe instrumentarse en escritura pública o mediante comparecencia ante el Juez encargado del Registro Civil. (artículo 317). Es requisito inexcusable que el menor tenga dieciséis años cumplidos y que preste su consentimiento a la emancipación.
- Por concesión judicial. Figura que se prevé para aquellos casos en que los menores, hayan cumplido los dieciséis años, y se dirijan al Juez solicitando la concesión de la emancipación, ya estén sometidos a la patria potestad, ya a tutela.
- Por matrimonio. En virtud del artículo 316, *“el matrimonio produce de derecho la emancipación”*, sin la necesidad de la concurrencia de requisito complementario alguno.

- Por vida independiente. El artículo 319, establece que *“se reputará para todos los efectos como emancipado al hijo mayor de dieciséis años que con el consentimiento de los padres viviere independientemente de éstos. Los padres podrán revocar este consentimiento”*. La nota característica de dicho tipo de emancipación radica en que la situación de independencia de hecho del menor es revocable. La independencia requiere al menos una cierta autonomía económica del menor, sin que resulte determinante el vivir separadamente de la familia a la que pertenece.

En relación a la asistencia de estos pacientes, y siguiendo el criterio señalado por la Ley 41/2002, se establece una equiparación entre los emancipados y los menores que ya han cumplido los 16 años. Únicamente en los casos de matrimonio como causa de emancipación, al poderse contraer con 14 años cumplidos, se podría generar algún tipo de conflicto, que sería fácilmente solucionable, al entenderse que al menor se le ha reconocido una capacidad previa similar a la necesaria para consentir una determinada actuación médica.

Madrid, 31 de enero de 2015

El Secretario



Fdo.: Mariano Casado Blanco

Vº Bº  
El Presidente



Fdo.: Marcos Gómez Sancho