

1. Tribuna Jurídica.
 2. Novedades Normativas.
 3. Reseña de Sentencias.
 4. Consultorio Jurídico.
-

1. Tribuna Jurídica

El consentimiento informado y los menores de edad (II) (conclusión)

2.- La aplicación jurisprudencial

8.- Para completar estas referencias iniciales, que permitan situar en sus coordenadas generales, la específica cuestión que es objeto básico de este comentario y que se corresponde con el título dado a esta Tribuna, resulta de interés hacer algunas referencias adicionales a algunos datos claves del tratamiento del consentimiento informado a través de la Jurisprudencia.

En efecto, nuestros Tribunales han tenido ocasión de pronunciarse en numerosas sentencias sobre la significación, alcance y límites del derecho de que se trata. Lo han hecho, normalmente, con ocasión de reclamaciones de indemnizaciones de daños y perjuicios dirigidas contra las instituciones sanitarias, públi-

cas o privadas y contra los propios médicos, por los pacientes o sus familiares, alegando una deficiente atención sanitaria y, dentro de ese contexto, una insuficiente información, que no permitió un consentimiento auténticamente libre y consciente por parte del paciente.

9.- Excedería con mucho del propósito y posibilidades del presente comentario intentar, siquiera que fuera en sus trazos más gruesos, esbozar una síntesis general de la rica y abundante doctrina que, en materia de consentimiento informado, se ha construido por nuestros Tribunales de Justicia, a través de sus Sentencias. Pero sí, con un propósito mucho más modesto, me parece de interés dar cuenta en este punto, de algunos aspectos de esa doctrina, a partir de las más recientes Sentencias del Tribunal Supremo, en cuanto que pueden servir de base para los tratamientos posteriores. En esta línea debe destacar, desde la visión jurisprudencial, los siguientes aspectos:

a) La trascendencia o importancia del derecho al consentimiento informado se resalta cada vez con mayor énfasis por nuestros Tribunales. Así, se llega a afirmar que *"el consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones realizadas en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo ateniende a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición del propio cuerpo"* (STS –Civil– de 12 enero 2001, ARJ, 3).

Con todo, no cabe entender que se trata de un derecho fundamental, proclamado implícitamente como tal en la CE y determinante, sin más, del sistema de protección propio de los derechos fundamentales reconocidos como tales por la propia CE. Por el contrario, se trata de un derecho de configuración legal, nacido y reconocido por la ley ordinaria a la que hay que atenerse respecto a su significación y alcance. Es, en realidad, la LGS la que *"da realidad al llamado consentimiento informado, estrechamente relacionado, según la doctrina, con el derecho de autodeterminación del pa-*

ciente característico de una etapa avanzada de la configuración de sus relaciones con el médico sobre nuevos paradigmas" (STS –Contencioso Administrativo– de 3 octubre 2000, RAJ, 7799).

b) En cuanto al alcance de la obligación de informar y el modo en que la misma debe ser ejecutada, se perfila con la máxima nitidez una distinción *"entre la medicina curativa y la medicina satisfactiva, consistente, a grandes rasgos, en que la primera es una medicina de medios que persigue la curación y la segunda una medicina de resultados a la que se acude voluntariamente para lograr una transformación satisfactoria del propio cuerpo. En la primera la diligencia del médico consiste en emplear todos los medios a su alcance para conseguir la curación del paciente, que es su objetivo; en la segunda no es la necesidad la que lleva a someterse a ella, sino la voluntad de conseguir un beneficio estético o funcional y ello acentúa la obligación del facultativo a obtener un resultado e informar sobre los riesgos y pormenores de la intervención. Esta distinción, aplicada al campo de la cirugía, ha permitido diferenciar entre una "cirugía asistencial" que identificaría la prestación del profesional con lo que, en el ámbito del Derecho privado, se asocia con la "locatio operarum" y una "cirugía satisfactiva" (operaciones*

de cirugía estética u operaciones de vasectomía, como la presente) que la identificaría, en el mismo terreno de las relaciones entre particulares, con la "locatio operis", esto es, con el reconocimiento del plus de responsabilidad que, en último caso, comporta la obtención del buen resultado o, dicho con otras palabras, el cumplimiento exacto del contrato en vez del cumplimiento defectuoso (sentencia de la Sala Primera de este Tribunal de 11 de febrero de 1997, núm. 83/1997, recurso 627/1993). El resultado, en la cirugía satisfactiva, opera como auténtica representación final de la actividad que desarrolla el profesional, de tal suerte que su consecución es el principal criterio normativo de la intervención. Por el contrario, cuando se actúa ante un proceso patológico, que por sí mismo supone un encadenamiento de causas y efectos que hay que abordar para restablecer la salud o conseguir la mejoría del enfermo, la interferencia de aquél en la salud convierte en necesaria la asistencia y eleva a razón primera de la misma los medios que se emplean para conseguir el mejor resultado posible. El criterio normativo aplicable se centra entonces en la diligencia y adecuación en la instrumentación de aquéllos, teniendo en consideración las circunstancias". (STS, 3 octubre 2000, ya citada).

Resulta, a partir de estas ideas, claro que en los supuestos de medicina satisfactiva el consentimiento informado adquiere perfiles propios, por cuanto que el paciente busca un resultado concreto, preestablecido, y, en buena medida, al menos gran parte de la información relativa al acto médico a ejecutar hay que entenderla como efectuada cuando se produce la aceptación de la intervención médica.

c) Por lo que se refiere al contenido de la información, la Jurisprudencia viene distinguiendo entre riesgos típicos y atípicos, especialmente en los supuestos de medicina curativa. Así que afirmará que *"la obligación de informar al paciente, sobre todo cuando se trata de la medicina curativa, tiene ciertos límites y así se considera que quedan fuera de esta obligación los llamados riesgos atípicos por imprevisibles o infrecuentes, frente a los riesgos típicos que son aquellos que pueden producirse con más frecuencia y que pueden darse en mayor medida, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia".* (STS –Civil– de 28 diciembre 1998, RAJ, 10164).

d) Más específicamente, se concreta que puesto que la información transmitida puede condicionar la elección del paciente respecto de una determinada

terapia, la misma debe ajustarse a las características de la situación, en términos de adecuación de modo que no puede desconocerse *"que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada –puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente– y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica –no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión– sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario"*.

En este sentido se destaca –y el tema es de especial trascendencia cuando la decisión afecta a menores que, según veremos, también pueden y deben ser atendidos en ciertos casos– que *"la eficacia del consentimiento del paciente se halla supeditada, entre otros requisitos, a que se cumpla el deber de información en términos adecuados, esto es, de manera simple, aproximativa, leal e inteligible... (ya que)... habrá que ponde-*

rar una serie de factores a la hora de juzgar el contenido del deber de información, tales como la urgencia del acto médico, la necesidad del tratamiento, nivel cultural del paciente, su edad y situación personal, social y profesional.... Pero lo que resulta incuestionable es que debe ser el propio paciente quien ha de consentir la actuación médica, siempre que reúna condiciones de juicio y discernimiento suficientes, ésto es, siempre y cuando sea capaz de conocer el alcance de su decisión" (TSJ Navarra –Social– de 25 de mayo de 1995, RAJ, 1835).

3.- Peculiaridades del consentimiento informado respecto de los menores

10.- En este punto, las primeras reflexiones deben partir de una afirmación general: no existe en nuestra normativa ninguna previsión legal que modifique, en cuanto a su finalidad y contenido, la información médica que debe facilitarse en los supuestos en que el afectado por el acto médico sea un menor. Dicho más claramente, aun cuando se trate, por ejemplo, de practicar una intervención a un bebé, la información a facilitar, referida al *"diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento"* (art. 10.5 LGS) será objetivamente la misma que si se tratase de un adulto. La única variación en

ese caso –y respecto a la que, como se analiza de seguido, las disposiciones aplicables no son lo concretas que sería de desear– se refieren a los destinatarios de la información y/o en su caso a los prestadores del consentimiento que, en atención a la madurez o capacidad de entendimiento del menor afectado, puede venir referida no a éste si no a sus padres o a otras personas distintas del propio niño.

11.- Ciertamente que (y así se observa en el análisis de los pronunciamientos jurisdiccionales que, en este punto, se hacen eco de una arraigada sensibilidad social) el sufrimiento de los menores, cualquiera que sea su origen –y también cuando deriva de problemas conectados con su salud–, merece siempre una atención especial, hasta tal punto que, cuando aparece como injustificado, se considera un daño moral ocasionado a los propios padres e indemnizable como tal. Así, por ejemplo, en la STS de 23 de abril de 1992 (RAJ, 3323), en la que se valoró la ausencia de consentimiento informado, en relación con la intervención quirúrgica a una niña que provocó su invalidez, se señaló, con ciertos tintes dramáticos, que *“es de una evidencia cegadora el dolor moral que experimenta una madre al ver a su hija en la situación lamentable como la que resulta de los*

autos, habida cuenta además de que es ella sola la que tendrá que soportar los inmensos trastornos que supone cuidar de una inválida, pues se encuentra separada de su esposo por sentencia judicial firme, en la que se le transfirió la guardia y custodia de sus hijas (otra de ellas, Pilar, padece igualmente escoliosis)”.

Pero una cosa es, como digo, esa manifestación de comprensión del dolor de los progenitores y otra bien diferente es que, si la información facilitada es objetivamente correcta, se vaya a modificar la valoración de la situación, como consecuencia de que el afectado sea un menor. En este sentido, valga como ejemplo la STS de 2 octubre 1997, RAJ, 7405 que, en una situación de reclamación de indemnización por unos padres, derivada de la muerte de su hijo, y respecto de la que habían alegado un déficit de información y consentimiento, se afirmó *“se ha de confirmar que hubo información suficiente por parte del equipo médico, desde un punto de vista objetivo, aunque hay que comprender que desde el punto de vista subjetivo –unos padres cuyo hijo muere a los 14 años– toda información puede parecer poca, por razón de que una muerte prematura no puede ser explicada ni se adapta a parámetros normales; pero*

que jurídicamente no puede ser tenida en cuenta"

12.- Ahora bien, establecido lo anterior y afirmado, por tanto, que no cabe establecer, inicialmente, diferenciación en cuanto al contenido de la información por el hecho de que el afectado sea un menor, en cambio, inmediatamente, hay que resaltar que este dato sí puede resultar determinante, respecto del destinatario de la información e, incluso, respecto al modo concreto en que la misma haya de ser facilitada.

Adviertase que la información que obligadamente hay que facilitar está orientada al consentimiento, en una materia que además de ser personalísima afecta a datos tan esenciales como son la vida, la salud o la integridad física. Consentir en esta materia implica adoptar una decisión que puede ser muy trascendente en base a una información facilitada. De tal modo que para que ese proceso no resulte viciado hay que garantizar una adecuada formación de la voluntad (capacidad de comprensión) y una posibilidad jurídica de elegir (capacidad de decisión).

A partir de estas elementales reflexiones, cabe inmediatamente cuestionarse si un menor, atendiendo a su edad y grado de madurez, goza de suficiente capacidad de comprensión acerca de la

información que se le facilite y, en base a ella, si puede o no reconocérsele capacidad de decisión.

13.- Intentando dar respuesta a la duda recién suscitada, desde la perspectiva legal, se aprecia, claramente, la ya antes destacada insuficiencia y ambigüedad de la normativa aplicable.

En efecto, aunque el art. 10 LGS configura a favor de *"todos"* (sin ninguna otra especificación o distinción personal) el conjunto de derechos que proclama, sin embargo cuando se trata del derecho a la recepción de información lo refiere *"a él y a sus familiares o personas a él allegadas"*. Obsérvese que (de la lectura del precepto íntegro se confirma) el pronombre *"él"* no tiene antecedente, aunque haya que entenderlo referido, en buena lógica, al interesado, esto es al paciente, enfermo o usuario que vaya a recibir la atención médica de que se trata. Además, la conjunción que se usa es la copulativa *"y"*, que no la disyuntiva *"o"*, con lo que, en una interpretación literal de la norma significa que hay que efectuar una doble información -simultánea o sucesivamente, según cual sea la situación de hecho *"a él"* (al usuario interesado) y *"a sus familiares o personas a él allegadas"* lo que no parece lógico, porque sólo en defecto de la posibilidad de in-

formar al interesado cabría pensar en el deber de informar a terceros, porque en definitiva es aquel quien, en principio, debe decidir.

Dentro de esta ambigüedad se destaca, además, la amplitud de la expresión "*familiares*" (¿ha de haber un orden de prelación entre ellos, atendiendo al mayor o menor grado de proximidad, como parece lógico, aunque no se diga?) y, todavía más, del término "*allegados*" que puede comprender a casi cualquier persona, suscitándose la duda de si, por ejemplo, se cumple con el deber de informar facilitando la información a un amigo de la familia (advertase que conforme al Diccionario de la Real Academia, la expresión "*allegado*" significa que una persona es, respecto de otra "*cercano o próximo en parentesco, amistad, trato o confianza*").

14.- Pero con ser insuficiente el precepto comentado y las expresiones que utiliza, lo preocupante es que las mismas se repiten cuando se trata de situaciones en que, ante la falta de capacidad de decisión, hay que acudir a un tercero. En efecto, el art. 10.6 LGS se refiere a la exigencia de "*previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención... excepto:...b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones...*". Esa falta

de capacidad tanto puede derivarse de la pérdida de consciencia tratándose de un adulto, o de que, por tratarse de un deficiente mental, no se constata la indicada capacidad decisoria. Pero la situación prevista normativamente también puede venir referida a los niños o, simplemente, a los menores de edad, en cuyo caso la ley, nuevamente, remite "*a sus familiares o personas a él allegadas*" a efectos de consentimiento, reproduciéndose las mismas dudas suscitadas en relación con la recepción de la información.

De este modo –podría pensarse– tratándose de menores de edad, el médico interviniente cumpliría con informar a los familiares o allegados del mismo y con aceptar como válida la decisión de éstos, con independencia de cuál sea la concreta edad, la formación y el nivel de madurez del menor de que se trate. La ley, desde esta óptica, no distinguiría, por ejemplo, entre un bebé de seis meses y un menor de edad, pero que, contando con diecisiete años, estuviese en trance de iniciar sus estudios universitarios.

15.- El análisis de otras disposiciones específicas, distintas a la LGS y relativas al derecho a la información en situaciones clínicas concretas, mantiene la situación de perplejidad que inicialmente

se deduce del planteamiento legal comentado, en cuanto que, además, parece que vienen a confirmar esa conclusión anticipada, conforme a la cual se equipararían todos los menores de edad, a efectos de consentimiento informado, negándoles su intervención, con independencia de su grado de madurez.

Así, cabe referirse a modo de ejemplo al art. 4.2 de la antes citada Ley 42/1988, de 28 de diciembre, sobre Donación y Utilización de Embriones y Fetos Humanos o de sus Células, Tejidos u Órganos. Conforme al indicado precepto *"si el receptor fuera menor de edad o estuviera incapacitado, deberá contarse con el consentimiento de los padres, de sus representantes legales y en su defecto y en caso de urgencia de los allegados familiares presentes"*. Con independencia de que, una vez más, nos aparece la ambigua figura del allegado, lo que llama sobre todo la atención es que se equipara, sin más, la minoría de edad a la incapacidad para consentir, sin atender en absoluto a la específica edad del interesado o a su nivel de formación y madurez psicológica.

En la misma línea, aunque no desde la óptica normativa, parece moverse el ya antes citado Código de Ética y Deontología Médica, cuyo art. 11.3 viene a se-

ñalar que *"si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento a la atención médica por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional"*. Nuevamente nos aparece en esta norma deontológica la equiparación entre la mera minoría de edad y la incapacidad.

16.- Sin embargo, no creemos que deba aceptarse, sin más, un planteamiento tan simplista que nos llevaría a negar, lisa y llanamente, la posibilidad por parte del menor a ejercitar su derecho a un consentimiento informado. En otros términos, de admitirse esa línea interpretativa, resultaría que, el ejercicio de dicho derecho, en los casos de los menores de edad, habría de realizarse siempre a través de sus padres, de sus representantes, de sus familiares, de sus allegados,... o, en fin, casi cabría decir que de cualquier persona que manifestase tener un interés respecto del menor, desconociéndose, lisa y llanamente, la opinión y la voluntad de éste.

17.- Pero hay que preguntarse ¿realmente cabe pensar que el menor de edad, cualquiera que sea su edad y su grado de madurez, jamás tiene derecho

a decidir en las materias objeto de este estudio? ¿Ni siquiera tiene derecho a ser informado o a ser oído? A efectos de determinar la frontera de la mayoría de edad ¿hay que atender sin más al criterio general del Código Civil –art. 315– cuando la fija a partir de los dieciocho años cumplidos?

Desde otra perspectiva, y suponiendo que se niegue al menor todo acceso a la información y toda capacidad decisoria, ¿a quién se atribuirían estos derechos? ¿Por qué orden entre los distintos familiares o allegados posibles? ¿Qué ocurre si existen discrepancias entre ellos? ¿Qué sucede si a criterio del médico la decisión adoptada por esos familiares es contraria al interés del menor?

Finalmente, suponiendo que cupiera atribuir al menor algún derecho de información o decisión, ¿cómo se resolvería una eventual discrepancia de éste con la opinión de otras personas de las que legalmente pueda depender y que están llamados a protegerle, como pueden ser, fundamentalmente, sus padres?

18.- Las características de este trabajo no permiten adentrarse en toda la basta problemática que suscitan los interrogantes recién abiertos y que exigiría un análisis muy extenso, para dar respuesta profunda y con pretensiones de solvencia a todas las cuestiones apuntadas.

Sin embargo, con una intención más modesta, en los desarrollos que siguen y para finalizar este estudio, se efectúan algunos planteamientos generales que pueden servir para situar la problemática analizada en coordenadas legales diferentes a las hasta ahora tratadas, abriendo nuevas perspectivas de análisis y de solución. En estas reflexiones, se toman también en consideración las nuevas perspectivas que abre el antes citado Convenio de Oviedo, que podría sugerir la conveniencia de alguna modificación, aunque fuera meramente clarificadora, de nuestra normativa interna. Y se señala que tal eventual modificación no tendría, en su caso, más carácter que el meramente esclarecedor, por cuanto, en mi opinión, nuestra normativa no se aparta, en lo sustancial que afecta a este estudio, de las previsiones del indicado Convenio.

Específicamente proponemos a quienes estén interesados en profundizar en la problemática recién suscitada, una reflexión sobre los siguientes aspectos:

a) En principio, lo que está en juego en materia de consentimiento informado es, según se ha dicho, un derecho de naturaleza personalísima, en cuanto que atañe a la vida, a la salud o a la integridad física o psíquica del paciente o usuario de los servicios sanitarios. Por

consiguiente, ninguna duda debería de caber de que debe ser éste, el paciente, el titular del derecho al consentimiento informado. La cuestión se plantea, por tanto, cuando se piensa que ese titular carece de capacidad para comprender o decidir, debiéndose, en ese caso, resolver quién es la persona llamada a asumir, por sustitución, esa posición.

b) Más específicamente, en lo que atañe a estas reflexiones, la cuestión se plantea en cuanto que parece que se niega al menor toda capacidad para comprender y para decidir sobre sí mismo, lo que significa, desde esta perspectiva, que ni siquiera se le atribuye un derecho a ser oído ni, mucho menos, a consentir o no en relación con decisiones médicas que se refieran a su propia persona.

c) En lo que atañe al derecho del menor a ser oído, parece del máximo interés traer a colación lo que establece el art. 9.1 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Según dicho precepto *"el menor tiene derecho a ser oído, tanto en el ámbito familiar como en cualquier procedimiento administrativo o judicial en que esté directamente implicado y que conduzca a una decisión que afecte a su esfera personal, familiar, o social"*. Sin embargo, como se ha puesto de re-

lieve por la doctrina, dicha previsión normativa es notoriamente insuficiente, en cuanto que limita el derecho del menor a ser oído al ámbito familiar o a situaciones que se canalizan a través de un proceso, omitiendo otros posibles ámbitos en que el menor podría, indudablemente, tener interés en hacer valer su opinión, como sucede, específicamente, en lo que atañe a su salud. Solo desde una perspectiva interpretativa amplia, cabría entender que, en base a dicho precepto existe un derecho de audiencia general del menor.

Adviertase, además, que ese derecho de audiencia, de existir implica, naturalmente, un derecho previo a ser informado. Cuestión distinta es que no suponga, planteado como puro derecho a ser oído, una capacidad de decisión.

Desde una perspectiva diferente, en el seno de las relaciones paterno-filiales, también se contempla un derecho general de audiencia del menor. En efecto, conforme al art. 154, párrafo 3^a del Código Civil *"si los hijos tuvieren suficiente juicio deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten"*.

La suficiencia de juicio, la madurez, se convierte de este modo en elemento que, de concurrir, configura un derecho directo a la audiencia. Realmente

esta es la misma solución que aparece en el Convenio de Oviedo, conforme al cual, según ya se resaltó, la falta de capacidad del menor para consentir implica la intervención de un tercero, pero en cualquier caso su opinión debe ser tomada en consideración, entendiendo que será tanto más influyente o determinante cuanto mayor sea la edad y grado de madurez del propio menor.

d) Sin embargo, los preceptos a los que se acaba de hacer referencia no dejan de suscitar nuevas cuestiones, en cuanto que hay importantes márgenes de indeterminación de los mismos, en cuanto que ni se concreta una edad específica ni tampoco es posible formular, con carácter general, una regla determinante de cuándo se ha alcanzado el necesario grado de madurez.

En efecto, el art.9.1 de la Ley Orgánica 1/1996, dispone el derecho de audiencia del menor pero sin precisar edad alguna. No obstante, en base al precepto del Código Civil que acaba de señalarse y a otros del mismo Texto (por ejemplo, arts. 92.2°, 156.2°, 159, 173.3, 231 y 248 del Código Civil), hay que concluir que el derecho de audiencia de que se trata pertenece a los menores que tengan suficiente capacidad de discernimiento, o lo que es lo mismo, de madurez.

Ahora bien, una de las cuestiones nunca bien resueltas en lo que atañe al derecho de menores, es la determinación de a partir de qué edad un menor tiene juicio suficiente, es decir, reúne condiciones de madurez a efectos de que su opinión, o su voluntad, puedan ser tenidos en cuenta.

Adviertase, además, que estamos ante una materia donde es muy difícil establecer una regla general, porque también habrá que tomar en consideración el tipo de decisión de que se trate y el concreto grado de discernimiento del menor, sus aptitudes subjetivas, sin que quepa, por tanto, establecer una frontera objetiva a partir de una edad determinada.

En todo caso, conectando con lo que se acaba de decir, debe tenerse en cuenta que el legislador establece, con frecuencia, una edad específica, normalmente la de doce años, a partir de la cual el menor ha de ser oído (arts. 92.2, 156, 159 y 231 Código Civil), o incluso ha de prestar su expreso consentimiento (arts. 171.1 y 173.2 Código Civil). En esta misma línea de reflexiones, no está de más dejar constancia de que diversas normas, dirigidas a la protección de la infancia en el ámbito de las Comunidades Autónomas, vienen a distinguir entre la infancia que corresponde a los niños, hasta los doce años, y

la *adolescencia* desde dicha edad y hasta los dieciocho años.

Ahora bien, si admitimos un cierto grado de madurez, a partir de estos preceptos legales recién expuestos, a partir de los doce años, cabe también plantearse ¿es suficiente la edad de doce años para que el menor intervenga, e incluso decida, en cualquier asunto que le afecte? Y por otro lado, ¿es que el menor de doce años no puede tener voz alguna? ¿No cabe pensar que tiene una capacidad suficiente de juicio, por ejemplo, un niño mayor de ocho años, aunque sólo sea a efectos de ser oído? Nuevamente parece que el Convenio de Oviedo viene a recabar que la opinión del menor sea tomada en cuenta, aun cuando su fuerza determinante disminuya.

En todo caso, y aun cuando la cuestión pueda resultar discutible, parece que nuestra normativa daría apoyo suficiente para sostener que, en cualquier caso, un menor de edad, pero mayor de doce años, tiene siempre derecho de información y audiencia respecto de las cuestiones que atañen a su salud y que igualmente, los menores de doce años pero con suficiente juicio o discernimiento, también deberían ser oídos, aun cuando la fuerza determinante de su opinión resulte menos intensa.

e) Por lo que se refiere a un posible derecho de decisión del menor, conviene traer a colación lo que establece el art. 162 del Código Civil. En efecto, conforme a dicho precepto si bien los padres que ostentan la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados, sin embargo dicha norma exceptúa expresamente de la capacidad de decisión de los padres "*los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo*". En este sentido, puede pensarse que el consentimiento de los menores puede y debe prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten.

Nuevamente, desde esta perspectiva, habría que remitirse a la compleja cuestión no bien resuelta, de cómo discernir cuando un menor es o no maduro. Ahora bien, desde la óptica de la legislación, lo que no resulta discutible es que si no cabe duda sobre la madurez del menor, tampoco puede negársele a éste capacidad de decidir respecto de cuestiones que atañen a sus derechos de la personalidad. Así lo confirma, por ejemplo, en un nivel diferente pero que conecta con la problemática que se examina, el art. 3.1 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5

de mayo, de Protección del Derecho al Honor a la Intimidad y a la Propia Imagen, cuando declara que *"el consentimiento de los menores e incapaces deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil"*.

f) En todo caso, no puede negarse que, si se reconoce el derecho del menor a decidir, queda abierto un importante margen de conflictividad, no solo desde el plano moral sino, trascendiendo a éste, desde el jurídico. En efecto, en una consideración de actuaciones que se desenvuelvan en el terreno de la normalidad, no cabe duda alguna de que, en principio, el interés de los padres va a ser la protección del menor. Afirmado esto ¿cómo resolver una discrepancia cuando la opinión de los padres es abiertamente contraria a la del menor, aun cuando a éste último se le atribuya una posición de madurez? Sin lugar a dudas, ante un conflicto tal, supuesto que no se produzcan razones de urgencia que obliguen a actuar sin más al facultativo, tal vez la solución haya que buscarla en la intervención judicial. En efecto, el art. 158 del Código Civil, confiere intervención al Juez para que de oficio a instancias del menor o del Ministerio Fiscal, adopte *"en general las disposiciones que considere oportunas*

a fin de apartar al menor de un peligro o de evitarle perjuicios".

g) Ésta deberá ser, a mi entender, la línea de actuación en los supuestos en la que la voluntad de los padres o progenitores aparezca como desviada. Un supuesto típico que ha proporcionado abundantes experiencias, es aquél en que el padre no consiente una determinada actuación médica en razón a sus creencias religiosas, aunque la misma resulte imprescindible y urgente para salvar la vida del menor (recuérdese la frecuente negativa de los Testigos de Jehová a admitir transfusiones de sangre a sus hijos). En estos casos, sin duda, hay que traer a colación el art. 154 del Código Civil conforme al cual *"la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos"*, de modo tal que si se produce esa desviación que descuida el beneficio del menor, en ese caso, y si la urgencia de la situación no impone otra cosa, podrá y deberá acudir al Juez para que el mismo adopte las medidas necesarias en beneficio del propio menor.

Abdón Pedrajas Moreno

Catedrático de Universidad de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

Socio Director del Bufete

Abdón Pedrajas

2. Novedades Normativas (DE 15-09-2001 A 30-11-2001)

Normativa Estatal

Jefatura del Estado

Ley

Ley 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud (BOE 22-11-2001, núm. 280). Esta Ley pretende la consolidación del empleo de determinado personal al servicio de dichas Instituciones, con la finalidad de evitar su situación de precarización, regulando un proceso extraordinario de selección y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social del Sistema Nacional de Salud. Crea para el personal estatutario la situación de expectativa de destino que es aquella que obtengan quienes superen la fase de selección, pero que, si bien habilita para participar en la fase de provisión establecida en esta Ley para la obtención de plaza definitiva como estatutario fijo, no otorga el derecho a ocupar plaza como personal estatuario ni genera derechos económicos.

Ministerio de Sanidad y Consumo

Real Decreto

Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería (BOE 9-9-2001, núm. 269).

Orden

Orden de 6 de septiembre de 2001, por la que se regula la Comisión Estadística del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE 21-9-2001, núm. 227). Establece las funciones y normas de actuación de la Comisión Estadística del Ministerio de Sanidad y Consumo, que es el órgano a través del cual se coordinan las estadísticas del Ministerio, sus Organismos Autónomos y el Instituto Nacional de la Salud.

Resolución

Resolución 4 de septiembre de 2001, de la Secretaría de Gestión y Cooperación Sanitaria, por la que se da publicidad al Acuerdo del Consejo de Ministros de 3 de agosto de 2001 por el que se autoriza al Instituto Nacional de la Salud a constituir la "Fundación de Investigación Hospital Universitario

Príncipe de Asturias" y se aprueban sus Estatutos, en virtud de lo dispuesto en la Ley 14/2000, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social (BOE 28-9-2001, núm. 233).

Ana Isabel Lafuente Cubillo

Abogada. Bufete Abdón Pedrajas

3. Reseña de sentencias

CIVIL.- Condena por daños y perjuicios a un pediatra que prescribe a una menor de tres años ocho inyecciones, cuando una sola estaba contraindicada por el prospecto y por la ficha técnica para menores de dos años y medio. (Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 4 de abril de 2001, RAJ. 4781)

En el procedimiento a que dicha resolución se refiere, el facultativo negaba la existencia de culpa o negligencia, alegando que el prospecto del medicamento recetado solo establecía que no debía administrarse por vía intravenosa a niños menores de dos años y medio, mientras que la paciente tenía casi tres años de edad, no siendo alérgica a sus componentes (Combitorax de ampicilina con balsámico) y no había respondido al tratamiento alternativo por vía oral, razones todas ellas que hacían im-

previsible los daños ocasionados, limitándose, en definitiva, manifestaba el pediatra, a recetar un medicamento aprobado por la Dirección General de Farmacias. El TS condena solidariamente al pediatra y a la Generalitat Valenciana a abonar una indemnización de ocho millones de pesetas, por considerar que la selección del medicamento adecuado supone un juicio clínico que ha de sopesar y valorar los riesgos y beneficios en su operatividad. Conocer la enfermedad y los males que puede generar al paciente en el curso de su evolución, requiere un acertado diagnóstico, no limitado a su etiquetado o su denominación, sino con relación a los niveles de riesgo, por lo que no resulta suficiente que el medicamento esté aprobado por la Dirección General de Farmacia ya que la actividad del medicamento y de sus efectos adversos es un cálculo de probabilidades que casi siempre tiene que ser aproximado. La conducta del médico resulta, en suma, poco diligente al mandar ocho inyecciones a una menor de tres años, cuando una sola estaba contraindicada por el prospecto y la ficha técnica a un menor de dos años y medio, máxime cuando no sólo se prescriben cuatro inyecciones en días sucesivos, sino que se repite la dosificación.

SOCIAL.- Acceso de médico generalista a plaza de pediatría o puericultura. Inexistencia de discriminación (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía/Granada de fecha 13 de octubre de 2000, RAS 4276).

La demandante poseía plaza en propiedad como médico general, realizando las funciones propias de dicha categoría, habiendo desempeñado, durante un determinado periodo de tiempo, una comisión de servicios por necesidades asistenciales urgentes en el Servicio de Pediatría de otro hospital, teniendo además el título de Médico Especialista en Puericultura y Pediatría. Convocado concurso-oposición para cubrir plazas de médico pediatra de atención primaria, siendo determinante en la baremación el haber desempeñado plaza como especialista en pediatría, solicita que se le asigne la plaza vacante, bien como titular o en comisión de servicios. Durante los últimos cuatro años las plazas vacantes se habían adjudicado provisionalmente a facultativos especialistas en pediatría o puericultura. La pretensión de la actora es desestimada dado que la concesión de otra categoría distinta a la que tiene reconocida exige que se someta a las correspondientes pruebas selectivas y ello aun cuando se tenga el correspondiente título de la especiali-

dad, ni siquiera como comisión de servicios dado que igualmente debe observarse los presupuestos legales al respecto (puesto vacante, inaplazable necesidad de cobertura y decisión de tal por el órgano administrativo competente). Se desestima igualmente la existencia de una situación discriminatoria alegada por la actora en base a que se concedió la plaza a otro facultativo postergando su solicitud, al no haber acreditado que en otra situación idéntica a la suya se hubiera dado un trato diferente, exigiéndose una oportuna comparación entre ambas situaciones.

CIVIL.- Responsabilidad del facultativo por daños: se produce la inversión de la carga de la prueba cuando el mal resultado obtenido es desproporcionado a lo que comparativamente es usual. (Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 19 de julio de 2001, RAJ. 5561)

Conforme a doctrina jurisprudencial en materia de daños, se viene señalando que la medicina es ciencia de empleo de medios adecuados para obtener un resultado solicitado de actividad, para cuya práctica se ha reconocido a su realizador la correspondiente capacitación y la correspondiente experiencia, sin que el resultado buscado y propuesto pueda garantizarse de modo absoluto. Sin embargo, esa misma doctrina jurisprudencial

matiza que si el mal resultado obtenido es desproporcionado a lo que comparativamente es usual, se produce una presunción desfavorable al buen hacer exigible, esperado y propuesto desde su inicio, por lo que tal extremo debe ser desvirtuado por el facultativo y no por el paciente, produciéndose una inversión de la carga de la prueba en orden a justificar su adecuada actividad profesional, dado que, producida la desproporción de resultados, quien puede, con más facilidad que nadie, justificar la misma es el propio autor de la actividad de la que el mal resultado surge, es decir, si es que éste ha sido por propia culpa o por causa inevitable e imprevisible.

SOCIAL.- Médicos de la Seguridad Social, derecho al disfrute ininterrumpido de 36 horas de descanso tras la realización de guardias de presencia física o localizadas en las que se lleve a cabo la prestación de servicios. (Sentencia del Tribunal Supremo, en recurso de casación para la unificación de doctrina, de fecha 21 de mayo de 2001, RAJ. 5469).

Estimando la pretensión de diversos facultativos, el TS casa y anula sentencia del TSJ de Madrid, en asunto relativo al descanso por la realización de guardias previsto en el párrafo 4 del apartado IV del título dedicado a "Aspectos retributivos y de jornada laboral" del Acuerdo

de 22 de febrero de 1992, firmado entre la Administración Sanitaria y las Centrales Sindicales. Afirma el TS que dicha norma tiene carácter vinculante, sin que exista condicionamiento expreso o tácito en cuanto a su aplicación directa, por lo que el descanso mínimo semanal de 36 horas ininterrumpidas, cuando se realizan guardias de presencia física durante el sábado que concluyen el domingo a las ocho horas, se hace imposible cuando se exige que el lunes se lleven a cabo la jornada ordinaria de mañana. Si bien, la indicada resolución, resalta que dicho descanso debe respetarse cuando se realizan guardias de presencia física y también cuando siendo localizadas se ha llevado a cabo durante las mismas una efectiva prestación de servicios, pero no cuando sean de localización y no se acredite haber trabajado durante su transcurso.

CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO.- Competencia de la jurisdicción contencioso administrativa en materia de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria prestada por entidades, servicios u organismos de la Seguridad Social. (Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 3 de julio de 2001, La Ley 5103).

Tras la entrada en vigor de la Ley 20/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedi-

miento Administrativo Común, –mediante la cual se establece una regulación unificadora en los aspectos procedimental y jurisdiccional de la responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas–, y en virtud de lo establecido en la disposición adicional primera del Reglamento de Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993 de 26 de marzo, resulta competente la jurisdicción contencioso administrativa para conocer de reclamaciones relativas a la responsabilidad patrimonial por daños causados en prestaciones sanitarias prestadas por servicios de la Seguridad Social. Razona igualmente la resolución que se comenta, que resultaría, en cualquier caso, anómalo que un particular no comprendido en el campo de aplicación del sistema de Seguridad Social ante una lesión derivada de la prestación sanitaria prestada por las entidades gestoras de dicho sistema tuviera derecho a indemnización bajo el régimen propio de responsabilidad de la administración, sobre todo con su carácter objetivo y, en cambio, de estar encuadrado en la referida esfera de aplicación, su derecho habría de ser ventilado dentro de la función protectora y, consiguientemente, con supeditación a las nociones de culpa, defecto o insuficiencia en la presta-

ción, o, al menos, de imputabilidad del daño al tratamiento médico, es decir, no exclusivamente por el mero funcionamiento del servicio y la ausencia del deber jurídico de soportar el daño.

Covadonga Fernández Álvarez

Abogada. Socia Directora Adjunta

Bufete Abdón Pedrajas

4. Consultorio Jurídico

A. Planteamiento

“En algunos Centros de Salud, de forma habitual u ocasional, se exige al pediatra que atienda a pacientes adultos. A veces es de forma explícita, y otras de forma sólo implícita, se le pide que participe en turnos de atención a adultos si quiere poder disfrutar del mismo número de turnos de trabajo no regulares (por ejemplo sábados) que sus compañeros de medicina general. Por ejemplo, si acepta ver a adultos trabaja uno de cada tantos sábados, y si no acepta tendrá que hacer todos o uno de cada dos o tres sábados, mientras que los compañeros de medicina general hacen uno de cada tantos más sábados. ¿Puede negarse un pediatra a participar en turnos de atención a adultos (aduciendo tener un nombramiento específico de pediatra y además no poder garantizar la atención

adecuada por no contar con la preparación técnica necesaria para atender a adultos) y exigir a la vez tener una carga similar y no ser "castigado" por ello a turnos de trabajo más frecuentes que sus compañeros de medicina general?

B. Cuestión

LA IMPOSICIÓN AL MÉDICO PEDIATRA DE LA ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS: POSIBILIDAD Y SUPUESTOS. LA HIPOTÉTICA ADOPCIÓN POR SUS SUPERIORES JERÁRQUICOS DE DECISIONES REPRESALIADORAS EN MATERIA DE ASIGNACIÓN DE TURNOS A FIN DE QUE LOS PEDIATRAS ACCEDAN A PRESTAR ASISTENCIA A PACIENTES ADULTOS. MECANISMOS DE OPOSICIÓN A AQUÉLLA IMPOSICIÓN Y A ESTAS DECISIONES SUPUESTAMENTE COACTIVAS.

C. Respuesta

Tres son las cuestiones, básicamente, que suscita el planteamiento de la consulta. En primer término, se plantea el problema de la posible obligatoriedad de los Médicos Pediatras de atender a pacientes adultos, lo que, a su vez, suscita, de manera conexas, la necesidad de determinar el concepto de adulto. A continuación se plantea la conducta de algunas Gerencias de AP o Coordinacio-

nes de EAP que "imponen" a los Médicos Pediatras la atención a los adultos, "so pena", según se nos indica, de establecer condiciones de trabajo más gravosas a quienes no acepten dicha imposición. Finalmente, surge la cuestión de los mecanismos jurídicos para oponerse a decisiones de esa naturaleza y a la imposición directa de atención a pacientes adultos.

En cuanto a la determinación del concepto de paciente adulto, que es presupuesto para determinar la obligatoriedad o no del Médico Pediatra de atender a dichos pacientes, se constata una cierta contradicción entre lo prevenido en el art. 21.1 del Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social (en adelante, el Estatuto), que contempla como función del pediatra la "*asistencia médica, ambulatoria y domiciliaria de las personas de hasta siete años de edad*", y lo establecido en el RD 1575/1993, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del INSALUD, así como en algunas normas autonómicas, como el Decreto 230/1991, de 9 de diciembre, del Consell de la Generalitat Valenciana. Estos últimos preceptos vienen a ampliar, en el primer caso en el marco de la regulación del derecho a la libre elección de facultativo, la edad de

los pacientes susceptibles de atención pediátrica, fijando el límite no en los siete años sino en los catorce años.

Algunas Sentencias, como la recientemente dictada el 18 de mayo de 2000 por el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana (AS 4342), afirman que la oposición entre la norma estatutaria y las posteriormente citadas, en caso de no poder resultar armonizada, debe solventarse a favor de la norma posterior, que, por tanto, vendría a suponer una derogación de lo prevenido en el artículo 21.1 del Estatuto.

Parece, por ello, que el concepto de adulto debe aplicarse, en términos estrictos, a efectos de delimitación de la atención pediátrica, a los mayores de catorce años, sin perjuicio de que el personal sometido a la vigencia del RD 1575/1993 pueda oponerse, en determinadas circunstancias cuyo análisis excede de las pretensiones de estas breves líneas, a prestar atención a mayores de catorce años (art. 8 RD 1575/1993).

Dicho ésto, parece claro que, en principio, el Médico Pediatra no está obligado a atender a pacientes mayores de catorce años cuando desarrolla su función de "asistencia médica, ambulatoria y domiciliaria", por lo que la asignación permanente al Médico Pediatra de pacientes adultos, a efectos de recibir asistencia

médica ambulatoria y domiciliaria, parece resultar contraria al ordenamiento vigente. El Médico Pediatra, a través de los mecanismos adecuados que se explicitarán, podría oponerse a decisiones que le impusieran este tipo de prestación de servicios a adultos (en algunos casos, a mayores de siete años, como se dijo).

No obstante, el ámbito de actuación del Médico Pediatra de Atención Primaria no termina en el desarrollo de esa labor, sino que se extiende, compartiéndolas con los Médicos Generales, a otras funciones, como la asistencia a los avisos de urgencia y la prestación, en determinadas condiciones, de las funciones de Servicio de Urgencias (art. 21.2 y art. 20 del Estatuto y Disposición Final segunda del RD 137/84, de Estructuras Básicas de Salud).

Pues bien, para el desarrollo de estas funciones, al contrario de lo que sucede respecto de la asistencia médica ambulatoria y domiciliaria, la normativa no establece ninguna distinción entre el Médico General y el Pediatra por razón de la edad del paciente. Por ello, la Jurisprudencia ha entendido que el Médico Pediatra, que, como se ha dicho, podía negarse, por ciertos cauces, a atender a mayores de catorce años en asistencia médica ambulatoria o domiciliaria, no puede negarse a desempeñar esas otras labores asignadas sin distin-

ción tanto al Médico General como al Peditra, cuales son las funciones de atender los *"casos urgentes que puedan presentarse en el consultorio..., o durante los turnos de guardia o atención continuada"* (STSJ Andalucía/Sevilla 3 de julio de 1996 –AS 4527–).

A fin de completar la visión de esta cuestión hay que significar, finalmente, que parece que en supuestos de vacaciones, enfermedad u otras causas de ausencia de médicos titulares, los Médicos Peditras, aunque no se trate de ninguna de esas funciones inicialmente compartidas con los Médicos Generales, también estarían obligados a prestar, percibiendo los complementos retributivos a que hubiere lugar, asistencia ambulatoria o domiciliaria a mayores de edad.

Esta solución conecta con la delimitación de funciones que, respecto de Médicos Generales y Peditras, establece el ordenamiento vigente. Aunque la atención pediátrica exige un relevante componente de especialización, la norma limita el campo de actuación de esa especialización al desarrollo sólo de algunas funciones del Médico. De esta manera, hay que constatar que, como se ha visto (arts. 20 y 21 Estatuto), se configura, en gran medida, un campo de actuación compartida para Médicos Generales

y Peditras, que ha llevado a que los Tribunales admitan, en determinados casos, la prestación de atención pediátrica por Médicos Generales y viceversa.

En esta situación normativa, se nos plantea que, a fin de forzar a los Peditras a que acepten prestar asistencia a pacientes adultos, por algunos responsables de Atención Primaria, se estarían adoptando decisiones organizativas que perjudicarían a quienes no aceptaran prestar esa atención.

La contestación a las inquietudes que ello suscita debe tener presente que los EAP son elementos organizativos con estructura jerarquizada, lo que fundamenta las facultades del Coordinador del EAP y de la Gerencia de AP de organizar los recursos de que dispone para una adecuada prestación de la asistencia médica. Dentro de esas facultades se encuentra la de organizar los turnos de Atención Continuada y de Urgencias, los cuales, en principio, deben ser rotativos, lo que ha llevado a los Tribunales a reconocer el derecho de los facultativos a participar en tales turnos. No obstante, cabe la posibilidad de que, por razones fundamentadas, dicha rotatividad sea quebrada, básicamente por la concurrencia de necesidades del interés general o del asistencial de los pacientes.

Desde este planteamiento, toda deci-

sión de los superiores del Médico Pediatra, que contravenga la normativa existente o que, aún respetándola formalmente, pretenda la obtención de un fin ilícito, cual puede ser la imposición encubierta de una sanción a través del incremento injustificado de turnos de guardia, puede ser tachada de arbitraria o de incurrir en desviación de poder, lo que debería llevar a su anulación.

No obstante, cada actuación concreta debería ser objeto de un análisis pormenorizado ya que, aunque los Tribunales no exigen prueba plena de la existencia de desviación de poder o de la concurrencia de arbitrariedad, sí exigen que se ofrezca prueba suficiente para llevar al órgano jurisdiccional la convicción de que, aunque se haya respetado la legalidad formal, no concurren causas de justificación de la decisión administrativa y de que, con ello, se han superado los límites de la discrecionalidad en la actuación de la Administración.

Finalmente, hay que significar que, bien en el caso de que injustificadamente se imponga directamente al Médico Pediatra la obligación de asistencia médica ambulatoria o domiciliaria a pacientes adultos, bien en el caso de que se produzcan conductas represaliadoras o coercitivas por parte de órganos administrativos de decisión en materia de turnos, lo

procedente será efectuar solicitud a dicho órgano de que se cese en tal conducta y se reconozca el correlativo derecho del Médico a disfrutar de la situación que se entienda quebrantada. Frente a la eventual resolución desestimatoria, o frente al silencio de la Administración, deberán agotarse los mecanismos administrativos de reclamación previa a la vía jurisdiccional y, finalmente, en los casos expuestos, podrá acudir a los órganos jurisdiccionales del Orden Social ejercitando acciones de reconocimiento de derecho.

En todo caso, y ésto debe subrayarse con carácter general, el facultativo no deberá negarse materialmente a dar cumplimiento a las órdenes que reciba de sus superiores jerárquicos, sino que deberá cumplir las mismas, sin perjuicio de que ejercite las acciones que puedan corresponderle por los conductos procesales recién expuestos.

Iván López García de la Riva

Abogado. Bufete Abdón Pedrajas

Esta sección de Medicina y Derecho ha sido realizada por Bufete Abdón Pedrajas. Abogados Asociados. Pº de la Castellana, 70, 3º (Madrid). Tºno.: 91 590 39 94, Fax. 91 590 39 98 email: abogados.abdonpedrajas@canaldata.es