



LOS ADOLESCENTES, LA ATENCIÓN MÉDICA Y LA LEY:

Guía sobre los Derechos de los Menores
en el Estado de Nueva York

Unión de Libertades Cíviles de Nueva York en colaboración
con el Centro Lowenstein para el Interés Público
de Lowenstein Sandler LLP

3.ª edición, 2018



INTRODUCCIÓN..... 8

I. DEFINICIONES BÁSICAS 12

 ¿Quiénes son menores de edad? 13

 ¿Quiénes son adultos?..... 13

 ¿Qué es el consentimiento informado? 13

 ¿Qué es la confidencialidad? 15

II. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA 16

Los menores y el consentimiento 17

Los adultos que pueden otorgar consentimiento en lugar de un menor 19

 Los padres..... 19

 Los tutores y las personas designadas por los padres..... 20

 Los comisionados de salud o servicios sociales 20

 Consentimiento para vacunación 21

Capacidad jurídica y derechos de los menores a otorgar consentimiento para recibir atención médica.....22

 Menores casados.....22

 Menores que son padres22

 Menores embarazadas23

 Menores emancipados24

 Menores en prisión26

 Menores maduros27

AGRADECIMIENTOS

La redacción de *Los adolescentes, la atención médica y el derecho* estuvo a cargo de Catherine Weiss, Elias Kwon, Rachel A. Shapiro, Patrick J. Vinett, Mary Knodel, Donna Lieberman y Katharine Bodde y se basó en ediciones previas realizadas por Jessica Feerman, Donna Lieberman, Anna Schissel, Rebekah Diller, Jaemin Kim y Yeuh-ru Chu. Los autores agradecen el apoyo de Beth Haroules, Erin Beth Harrist, Bobby Hodgson, Rashida Richardson, Abby Allender, Sebastian Krueger, Carrie Chatterson y de los organizadores juveniles del Proyecto de Jóvenes Activistas de la Unión de Libertades Civiles de Nueva York (NYCLU, por sus siglas en inglés).

III. LA CONFIDENCIALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA28

Reglas generales sobre la confidencialidad29

Las escuelas y la confidencialidad32

Situaciones en que la atención confidencial puede dejar de ser confidencial 36

 Denuncia del abuso infantil..... 36

 ¿Qué es la ley sobre denuncia del abuso infantil?..... 36

 ¿De qué manera la ley puede plantear un problema de confidencialidad para los menores no abusados?..... 38

 Denuncia de enfermedades de transmisión sexual 40

 Prevención de “acciones perjudiciales” para terceros 41

 Procesos judiciales 41

 La confidencialidad entre los proveedores de salud y en el proceso de facturación y determinación de la cobertura de seguro42

IV. TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE LOS MENORES PUEDEN RECIBIR SIN EL CONSENTIMIENTO DE SUS PADRES 48

Control de la natalidad..... 49

 Consentimiento y acceso 49

 Confidencialidad..... 50

 Excepción: la esterilización 50

Anticoncepción de urgencia 51

 Compra de anticonceptivos de urgencia 51

 La anticoncepción de urgencia, Medicaid y el programa Título X52

 La anticoncepción de urgencia y la atención a las víctimas de violación52

 Consentimiento52

 Confidencialidad.....52

Aborto 53

 Consentimiento 53

 Confidencialidad..... 53

Enfermedades de transmisión sexual (ETS)..... 54

 Consentimiento 54

 Confidencialidad 55

VIH/SIDA 55

 Consentimiento 55

 Análisis57

 Confidencialidad..... 58

 Consideraciones especiales sobre la confidencialidad en la atención del VIH/SIDA 58

 Divulgación a los padres o tutores del menor 58

 Divulgación a la agencia de adopción o de cuidado de acogida, a los padres adoptivos o de acogida, o al abogado del menor 59

 Divulgación conforme a un consentimiento escrito 60

 Divulgación conforme a una resolución judicial 60

 Análisis y diagnósticos del VIH: declaraciones al Departamento de Salud..... 60

 Análisis y diagnósticos del VIH: rastreo de contactos 61

 Tratamiento permanente contra el VIH: notificación a la pareja/al contacto 63

Atención prenatal, servicios de trabajo de parto y parto 65

 Consentimiento 65

 Confidencialidad 65

Atención a las víctimas de abuso sexual..... 66

 ¿Qué es el abuso sexual?..... 66

 ¿Qué supone la atención a las víctimas de abuso sexual?..... 66

 Consentimiento67

 Confidencialidad 68

Asesoramiento psicológico y servicios de salud mental70

 Consentimiento70

 Tratamiento ambulatorio 71

 Tratamiento hospitalario.....72

 Confidencialidad73

Servicios de tratamiento del alcoholismo y la drogadicción.....75

 Consentimiento75

 Confidencialidad76

Atención de urgencias.....78

 Consentimiento78

 Confidencialidad79

Atención médica de las personas transgénero..... 80

 Consentimiento 80

 Confidencialidad 80

 Igualdad de acceso a la atención médica 80

 Cobertura para menores con bajos ingresos 81

V. LOS MENORES EN CUIDADO DE ACOGIDA82

Información relacionada con el VIH 83

Atención de salud reproductiva 84

Atención médica de las personas transgénero..... 85

VI. PROGRAMAS PÚBLICOS DE SEGURO DE SALUD DISPONIBLES PARA MENORES DE EDAD 86

Medicaid.....87

 Elegibilidad87

 Confidencialidad 89

Child Health Plus 90

 Elegibilidad 90

 Confidencialidad 91

CONCLUSIÓN.....92

INTRODUCCIÓN

Por lo general, los adolescentes no reciben la atención médica que necesitan¹. Durante décadas, las investigaciones han confirmado que una de las mayores barreras es que los adolescentes temen que los proveedores de atención médica divulguen información confidencial sobre temas sensibles a sus padres o tutores². En muchos casos, sin embargo, las leyes permiten que los adolescentes reciban tratamientos médicos, incluso atención médica “sensible”, como servicios de salud reproductiva o mental, sin la participación o incluso sin el conocimiento de sus padres.

Este folleto tiene como objetivo aclarar los derechos de los adolescentes para que puedan tomar sus propias decisiones médicas de acuerdo con las leyes federales y las leyes del estado de Nueva York. Se diseñó como una ayuda para los adolescentes y los profesionales que trabajan con jóvenes, como trabajadores sociales, consejeros, maestros y proveedores de atención médica.

A menudo, los profesionales pueden fomentar la comunicación entre los jóvenes y sus padres y así ayudar a los adolescentes a encontrar el apoyo que necesitan para sus problemas de salud. Cuando los adolescentes no pueden o no desean hablar con sus padres, los profesionales pueden motivarlos a buscar ayuda en otros adultos (como familiares, amigos o trabajadores sociales) en lugar de enfrentar los problemas de salud solos. Sin embargo, al publicar información sobre los derechos de los adolescentes, esperamos motivarlos a buscar atención médica incluso cuando no pueden o no desean confiar su problema a familiares o amigos adultos. A la vez, buscamos alentar a los profesionales para que respeten los derechos de los adolescentes y para que presten servicios de atención cuando un menor no desea la participación de adultos.

Después de todo, la atención médica sin la participación de un adulto es generalmente preferible a no recibir atención médica en absoluto.

Este folleto es una guía de referencia para las situaciones a las que los jóvenes generalmente se enfrentan cuando buscan atención médica.

La Sección I define los términos básicos que se usan para describir los derechos legales de los adolescentes.

La Sección II explica las reglas generales sobre los derechos de los menores para otorgar su consentimiento a fin de recibir atención médica. También detalla las reglas sobre quiénes pueden otorgar el consentimiento cuando los menores no pueden hacerlo (p. ej., padres y tutores). La Sección II, además, analiza el caso de los adolescentes que son padres o están casados, emancipados, embarazadas o en prisión y que, por consiguiente, pueden tener derecho a tomar algunas o todas sus decisiones de atención médica.

La Sección III presenta las reglas generales sobre confidencialidad en la atención médica y aquellas situaciones en las que la confidencialidad puede ponerse en riesgo.

En áreas específicas de la atención médica, los adolescentes suelen poder tomar sus propias decisiones con respecto a la atención de salud. **La Sección IV** detalla los tipos de atención que los adolescentes capaces, por lo general, pueden obtener sin el consentimiento de sus padres. Esta sección aclara los derechos de los adolescentes para otorgar su consentimiento a fin de recibir tratamientos relacionados con el embarazo, enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH, SIDA, abuso sexual, consumo de sustancias y salud mental.

Esta sección también analiza la atención médica relacionada con las personas transgénero, aunque los menores, por lo general, no pueden otorgar consentimiento por sí mismos.

La Sección V analiza los desafíos específicos que enfrentan los menores en cuidado de acogida que buscan recibir tratamiento confidencial.

La Sección VI ofrece un resumen de los programas públicos de seguro de salud disponibles para menores de edad.

En muchos casos, se ofrece una pregunta hipotética para ejemplificar una situación que podría ocurrir en relación con un tema en particular. Esperamos que las respuestas logren aclarar cualquier problemática. Las notas al pie de página que se encuentran al dorso del folleto ofrecen información más detallada, así como citas legales relevantes.

No obstante, este folleto no reemplaza el asesoramiento legal individual. En caso de que exista un problema legal complejo relacionado con la atención médica, es posible que los jóvenes o los proveedores deban consultar a un abogado.

Esperamos que este folleto brinde ayuda para educar a los adolescentes y los proveedores de atención médica sobre los derechos de los menores. También esperamos que ayude a que los jóvenes reciban la atención médica que necesitan y merecen.

I. DEFINICIONES BÁSICAS

I. DEFINICIONES BÁSICAS

¿Quiénes son menores de edad?

De acuerdo con las leyes, un menor es una persona que tiene menos de 18 años de edad³. Existen algunos derechos que los menores no pueden ejercer, como el derecho a votar o a postularse para un cargo público. Los menores también tienen derecho a recibir protección adicional, como la ayuda financiera de los padres⁴.

P Hoy Aisha cumple 18 años de edad. ¿Se considera que es menor de edad?

R No. Ya no tiene menos de 18 años, por lo que ya no es menor de edad.

¿Quiénes son adultos?

Legalmente, el término “adulto” hace referencia a cualquier persona de 18 años o más.

¿Qué es el consentimiento informado?

El “consentimiento informado” (o “consentimiento” en este folleto) significa que el paciente acepta de forma voluntaria someterse a un tratamiento propuesto. Para dar su consentimiento, los pacientes deben tener la *capacidad de otorgar consentimiento*. Esto quiere decir que deben comprender:

- Su afección médica;
- La naturaleza y el objetivo del tratamiento propuesto, así como de los tratamientos alternativos; **y**
- Los beneficios y los riesgos predecibles del tratamiento propuesto y de los tratamientos alternativos (incluida la opción de no recibir tratamiento en absoluto)⁵.

Si un paciente no comprende todo lo anterior, no puede otorgar el consentimiento informado. Por lo general, se asume que los adultos tienen la capacidad para otorgar consentimiento⁶.

Los proveedores de atención médica deben obtener el consentimiento informado antes de realizar cualquier tratamiento médico, a menos que no sea razonable hacerlo o que se trate de un caso de emergencia⁷. El consentimiento se puede otorgar en forma oral o a través de un formulario escrito. En ocasiones, se puede inferir a partir de la conducta del paciente (por ejemplo, extender el brazo para que se le coloque una inyección)⁸. Aquellos proveedores de atención médica que no obtengan el consentimiento antes de iniciar e tratamiento de un paciente pueden ser responsables de mala praxis (sujeto a excepciones)⁹ o agresión física¹⁰.

Cuando una persona tiene la capacidad de otorgar su consentimiento para recibir un servicio de salud, esa persona también tiene derecho a negarse a dar el consentimiento para recibir un servicio de salud¹¹. De la misma manera, si una persona comprende su afección, la naturaleza, los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto y de los tratamientos alternativos, no puede ser forzada a recibir un tratamiento que rechazó.

P George es un adulto con deficiencias cognitivas. ¿Puede dar el consentimiento para su propia atención?

R Tal vez. Si el médico determina razonablemente que George entiende su afección médica y las consecuencias de diversos tratamientos, el profesional puede tratarlo basado en su propio consentimiento, a menos que un juzgado haya designado a otra persona para que tome las decisiones de atención médica en nombre de George. Si el médico cree que George no tiene capacidad para otorgar el consentimiento informado, existe un procedimiento legal que se debe seguir a fin de garantizar que George reciba la atención que necesita¹².

¿Qué es la confidencialidad?

En el ámbito de la atención médica, confidencialidad significa que la información sobre tratamientos, como las historias clínicas, no se pueden divulgar ni publicar sin el permiso de la persona que dio el consentimiento para recibir la atención¹³.

P Sarah solicita a su médico que le haga una prueba de embarazo. Su novio llama al médico más tarde para conocer el resultado. ¿El médico puede informar el resultado al novio de Sarah?

R No, no puede hacerlo sin el permiso de Sarah. Esta información es confidencial y no se puede divulgar a ninguna otra persona que no sea Sarah.

Los proveedores de atención médica deben obtener el consentimiento informado antes de realizar cualquier tratamiento médico, a menos que no sea razonable hacerlo, como en el caso de algunas emergencias.

Los menores y el consentimiento

El derecho de un menor a otorgar su consentimiento para recibir atención médica depende de dos preguntas diferentes. En primer lugar, ¿el menor tiene **derecho** a dar su consentimiento, ya sea porque es parte de un grupo al que la ley le concede este derecho (por ejemplo, los menores casados, los menores que son padres, los menores que están en el ejército), o porque el menor solicita un tipo de atención médica para la cual la ley permite al menor otorgar su consentimiento de manera independiente (por ejemplo, atención de salud reproductiva, ciertos servicios de salud mental)? En segundo lugar, ¿el menor tiene la **capacidad para dar su consentimiento**; es decir, la madurez y la inteligencia necesarias para evaluar los riesgos y beneficios de las alternativas y los tratamientos propuestos, a fin de otorgar un consentimiento informado? Estos dos aspectos del consentimiento son, de forma conjunta, requisitos previos para el tratamiento de los menores en función de sus propias decisiones.

Para poder autorizar un tratamiento de manera independiente, los menores deben tener tanto el derecho a dar su consentimiento como la capacidad para otorgar un consentimiento informado. Si falta alguna de estas condiciones, será necesario el consentimiento de un adulto legalmente responsable.

Este folleto se concentra principalmente en el derecho de los menores a dar su consentimiento. Cuando en un fragmento se lee que los menores “pueden otorgar consentimiento” o “tomar sus propias decisiones de atención médica”, significa que tienen el derecho a dar su consentimiento. Es importante recordar, sin embargo, que (ya sea que se lo mencione por separado o no) los menores también deben tener la capacidad para dar su consentimiento antes de autorizar por su cuenta un tratamiento médico.

No hay requisitos de edad mínima para poder otorgar un consentimiento informado. Algunos menores pueden tener la capacidad para dar su consentimiento, y otros no. Cuando un menor otorga su consentimiento por sí solo, el proveedor de atención médica debe documentar en la historia clínica de qué manera determinó la capacidad del menor para dar consentimiento.

II. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Conforme a la ley de Nueva York, las siguientes categorías de menores pueden otorgar su consentimiento para la totalidad, o la mayor parte, de su propia atención médica:

- Adolescentes embarazadas;
- Menores que son padres;
- Menores casados;
- Menores que prestan servicio en las Fuerzas Armadas;
- Menores emancipados; **y**
- Menores en prisión.

Además, los menores que comprenden los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto y de los tratamientos alternativos pueden otorgar su consentimiento para recibir los siguientes tipos de atención:

- Atención de salud reproductiva, que incluye la planificación familiar (es decir, control de la natalidad, incluida la anticoncepción de urgencia), aborto, atención prenatal/del embarazo, atención durante el trabajo de parto y el parto, y análisis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH;
- Determinados servicios de atención mental;
- Determinados servicios de tratamiento del alcoholismo y la drogadicción; **y**
- Atención a las víctimas de abuso sexual.

Los proveedores también pueden tratar a los menores en una urgencia sin el consentimiento de los padres.

En circunstancias normales, cuando proporcionan tratamiento a menores que no se incluyen en ninguna de las categorías descritas anteriormente o cuando ofrecen otros tipos de atención, los proveedores de atención médica deben obtener el consentimiento de los padres.

P Dana tiene 17 años y va al médico para que le dé un tratamiento para el herpes genital. ¿El médico necesita obtener el permiso de los padres de Dana antes de atenderla?

R No. Los menores tienen derecho a dar su consentimiento para recibir atención médica en caso de enfermedades de transmisión sexual. En la medida en que Dana tenga la capacidad para otorgar su consentimiento; es decir, si comprende los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto y de los tratamientos alternativos, no es necesario el consentimiento de los padres.

Los adultos que pueden otorgar consentimiento en lugar de un menor

Cuando un menor no puede dar su consentimiento para recibir atención médica, solo puede recibir servicios con el consentimiento de otra persona, como uno de los padres o un tutor que pueda otorgar legalmente ese consentimiento.

Los siguientes adultos pueden otorgar consentimiento para la atención médica de un menor.

Los padres

En general, los padres tienen derecho a tomar decisiones médicas en nombre de sus hijos menores de edad¹⁴. Los padres conservan este derecho, incluso cuando hayan decidido voluntariamente colocar al menor en cuidado de acogida¹⁵. Por otra parte, los padres que han colocado de manera voluntaria a su hijo en cuidado de acogida pueden (pero no necesitan) delegar la facultad de tomar decisiones médicas al comisionado local de servicios sociales¹⁶.

P Patricia, de 34 años de edad, ha decidido que no puede cuidar a Eric, su hijo de 14 años, hasta que resuelva su problema con la bebida, y coloca a Eric en cuidado de acogida. Eric necesita recibir tratamiento para la amigdalitis estreptocócica. ¿Quién puede otorgar consentimiento para que Eric reciba atención médica?

R Debido a que Patricia ha colocado a Eric en cuidado de acogida voluntariamente, puede dar su consentimiento para que su hijo reciba tratamiento médico o puede delegar la responsabilidad al comisionado local de servicios sociales.

Los tutores y las personas designadas por los padres

Cuando un menor tiene tutor legal, el tutor puede dar consentimiento para que el menor reciba atención médica¹⁷. Además, los padres pueden designar a otra persona como “persona en relación parental” con el menor durante un periodo que no supere los seis meses. La persona designada puede otorgar su consentimiento para que el menor reciba atención médica, sujeto a determinadas restricciones¹⁸.

Los comisionados de salud o servicios sociales

Si un juez de familia determina que un niño ha sido víctima de abuso o abandono y pone al niño bajo custodia judicial, o si se ha quitado a los padres la patria potestad y se ha puesto al niño bajo la custodia del comisionado local, el comisionado local de servicios sociales o el comisionado local de salud pueden otorgar su consentimiento para que el niño reciba atención médica¹⁹.

P Jayna y Delia son hermanas y, en función de un fallo judicial de abandono, se les ha quitado la patria potestad a los padres y se ha colocado a las niñas en cuidado de acogida. Ninguna de las niñas ha recibido antes atención odontológica y ambas necesitan tratamiento para las caries. ¿Quién puede dar consentimiento para que se realice este tratamiento?

R Debido a que un tribunal puso a las niñas en cuidado de acogida, el comisionado local de servicios sociales o el comisionado local de salud pueden otorgar su consentimiento para que Jayna y Delia reciban atención odontológica.

Consentimiento para vacunación

Todo adulto a cargo de un menor (padres, tutores legalmente designados, tutores, abuelos, hermanos adultos, tíos adultos u otros adultos que tengan una autorización escrita de los padres para otorgar consentimiento para la atención del niño) puede dar su consentimiento para que se le administren vacunas al niño²⁰, aun cuando no esté necesariamente autorizado a dar su consentimiento para que el menor reciba otro tipo de atención médica.

P Tom tiene seis años y necesita aplicarse la vacuna antitetánica. Sus padres no están en la ciudad y él quedó a cargo de sus tíos. ¿Pueden los tíos dar su consentimiento para que Tom reciba la vacuna?

R Sí. Si bien solo lo cuidan temporalmente, pueden dar su consentimiento para que se le administre esta vacuna, a menos que tengan motivos para pensar que los padres del niño se opondrían.

La excepción es la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Los menores pueden dar su consentimiento para recibir esta vacuna por su cuenta²¹.

Capacidad jurídica y derechos de los menores a otorgar consentimiento para recibir atención médica

La ley de Nueva York otorga a determinados menores el derecho a dar consentimiento para la totalidad o la mayoría de los servicios de atención médica por su cuenta. Esto se da, por ejemplo, cuando un menor está casado, está embarazada, es padre o madre, presta servicio en el ejército o, de alguna otra manera, está emancipado. Tal como sucede con cualquier persona que solicita tratamiento, un menor que no es capaz de comprender debidamente los riesgos y beneficios del tratamiento, no puede otorgar consentimiento para recibir atención médica, independientemente de su capacidad jurídica.

Menores casados

Los menores que están o estuvieron casados pueden otorgar consentimiento para su propia atención médica, odontológica, de salud y hospitalaria sin el consentimiento de otra persona²².

Menores que son padres

En el estado de Nueva York, los padres, independientemente de su edad, pueden tomar *todas* las decisiones relacionadas con los servicios médicos, odontológicos, de salud y hospitalarios para ellos²³ y para sus hijos²⁴.

La ley de Nueva York otorga a determinados menores el derecho a dar consentimiento para la totalidad o la mayoría de los servicios de atención médica por su cuenta. Esto se da, por ejemplo, cuando un menor está casado, está embarazada, es padre o madre, presta servicio en el ejército o, de alguna otra manera, está emancipado.

Menores embarazadas

Una menor embarazada puede dar su consentimiento para recibir servicios médicos, odontológicos, de salud y hospitalarios relacionados con la atención prenatal²⁵. Ningún tribunal ha explicado el alcance de los servicios que pueden considerarse “relacionados con la atención prenatal”. Aunque los tribunales siempre han sido muy respetuosos con los médicos en tales asuntos²⁶, sin embargo, es muy probable que, si un médico u otro proveedor de atención médica competente, según su sólida opinión profesional, llega a la conclusión de que un servicio está relacionado con la atención prenatal, el proveedor puede ofrecer el servicio basado en el consentimiento del menor.

P Rosa, de 16 años, y Manuel, su hijo de dos años, tienen gripe. ¿Puede Rosa involucrar a sus padres para recibir tratamiento en el consultorio médico?

R No. Como madre, Rosa puede dar su consentimiento para que ella y su hijo reciban servicios médicos.

P Priti, quien tiene 15 años y está embarazada, presenta problemas dentales graves durante el embarazo. ¿Puede Priti dar consentimiento por su cuenta para recibir atención odontológica?

R Si el dentista determina que los problemas dentales de Priti están relacionados con el embarazo (como sucede con frecuencia), el dentista puede tratar a Priti basado en el propio consentimiento de la paciente.

Menores emancipados

Si bien en Nueva York no hay una definición de “emancipación” reconocida explícitamente por la ley, los tribunales la han definido como “la renuncia a las obligaciones legales por parte de los padres y la entrega de la patria potestad al hijo”²⁷. En este estado, los padres tienen la responsabilidad ininterrumpida de apoyar económicamente a su hijo hasta que este cumpla 21 años de edad, a menos que se haya emancipado antes²⁸. Una vez que el menor se ha emancipado, los padres ya no tienen la obligación de apoyarlo²⁹.

De acuerdo con el derecho consuetudinario, la emancipación se produce cuando el menor:

- Logra independizarse económicamente de sus padres porque obtiene un empleo;
- Ingresa en el servicio militar;
- Contrae matrimonio; o
- Deja de estar, sin motivo alguno, bajo la supervisión y el control de los padres; en tal caso, el tribunal puede decidir que se ha producido una “emancipación constructiva”³⁰.

Cuando un menor está casado o presta servicios en el ejército, las leyes del estado de Nueva York dejan en claro que el menor está emancipado y puede, por lo tanto, dar su consentimiento para recibir servicios médicos en forma independiente. Cuando un menor adquiere la emancipación constructiva o logra su independencia económica, no obstante, el proveedor de atención médica puede exigir un certificado de emancipación. En estas circunstancias, las organizaciones de servicios legales para los jóvenes, como The Door (<https://www.door.org/>), ayudan a los menores a elaborar declaraciones de emancipación en las que estos dan fe de que viven separados de sus padres y se mantienen por su cuenta³¹. Estas declaraciones sientan las bases fácticas en las que se fundamenta la emancipación constructiva; los proveedores de atención médica pueden estar dispuestos a brindar tratamiento a un menor que presenta tal declaración basado en el consentimiento del propio menor³². Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que estas declaraciones de emancipación no son legalmente vinculantes; queda a criterio del proveedor de atención médica decidir si brinda tratamiento al menor en virtud de tal declaración, y el tribunal podría determinar más adelante que el menor de hecho ha adquirido o no la emancipación constructiva³³.

P Ron tiene 17 años y ha vivido solo durante dos años. Es económicamente independiente y vive en un departamento con dos compañeros de cuarto. No tiene una comunicación habitual con ninguno de sus padres. Ha tenido alergias graves durante toda la vida y, recientemente, se ha enterado de que su congestión crónica ha empeorado por la presencia de quistes en los senos paranasales. ¿Puede Ron otorgar su consentimiento para que se le extirpen los quistes?

R Probablemente. El médico podría razonablemente llegar a la conclusión de que Ron está emancipado y, en consecuencia, tiene derecho a tomar decisiones médicas por sí mismo. Si el doctor no estuviera seguro, Ron podría pedir ayuda a una organización para elaborar una declaración de emancipación que garantice aún más al médico su condición de emancipado.

Menores en prisión

Los menores que están reclusos en centros controlados por el Departamento Correccional pueden generalmente dar su propio consentimiento para recibir servicios médicos, odontológicos y de salud mental de rutina. Por definición, esta atención incluye “todo diagnóstico o tratamiento de rutina, incluidos, entre otros, la administración de medicamentos o alimentación, la extracción de líquidos corporales para análisis y la atención odontológica realizada con anestesia local”³⁴. Además, los menores en prisión pueden dar su consentimiento para recibir vacunas contra la hepatitis B³⁵. Cuando un tribunal envía a un menor de 18 años al Departamento Correccional, el juez debe preguntar si los padres o un tutor legal darán permiso al menor para recibir atención médica de rutina³⁶. Incluso si no se cuenta con el permiso de los padres ni de un tutor, la ley prevé que se considera que la resolución judicial que envía al menor al Departamento Correccional otorga al menor el

derecho a dar su consentimiento para recibir servicios de rutina³⁷. Mientras el menor en prisión tenga menos de 18 años de edad, los padres o el tutor pueden elevar un recurso para oponerse a que se le proporcione cualquier servicio médico de rutina en función del propio consentimiento del menor³⁸. La ley expresamente reconoce que los menores en prisión conservan el derecho a “otorgar consentimiento en su nombre para recibir cualquier tratamiento y servicio médico, odontológico o de salud mental en los casos en los que, de lo contrario, estaría autorizado por ley a hacerlo” (como sucede con la mayoría de los servicios de salud reproductiva y salud mental)³⁹. Estas mismas reglas se aplican a los menores declarados delincuentes juveniles y enviados a la Oficina de Servicios para Niños y Familias, a un distrito de servicios sociales o a la división para la juventud⁴⁰.

Menores maduros

Si bien el estado de Nueva York otorga a determinados menores el derecho a dar consentimiento para recibir atención médica, según lo descrito anteriormente, los tribunales de Nueva York todavía no han declarado que todo menor maduro tenga ese derecho. Muchos estados han adoptado la doctrina o el estatuto del “menor maduro”, que permite que todo menor con capacidad para comprender los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto y los tratamientos alternativos otorgue su consentimiento para tal tratamiento o se niegue a hacerlo⁴¹. Nueva York no tiene ese estatuto, y el único tribunal que ha analizado directamente el asunto se negó a decidir si la doctrina del menor maduro rige en este estado⁴². Si bien varios documentos de orientación sobre práctica y ética médica aconsejan a los médicos tratar a los menores maduros en función del propio consentimiento del menor⁴³, la legislación de Nueva York todavía no ha seguido este rumbo.

III.

LA CONFIDENCIALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

III. LA CONFIDENCIALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Reglas generales sobre la confidencialidad

A menos que la ley especifique lo contrario, los proveedores de atención médica no pueden revelar información sobre un paciente sin su permiso⁴⁴. Cuando el paciente es menor, el derecho a controlar la divulgación de la información médica generalmente es el derecho que le sigue al de dar consentimiento de manera independiente para el servicio médico subyacente que es objeto de la información. **Las leyes federales otorgan al menor el derecho a autorizar la divulgación de la información médica si el menor otorgó su consentimiento para recibir servicios médicos de conformidad con las leyes estatales⁴⁵.** Además, cuando los padres aceptan que su hijo menor de edad tenga una relación de confidencialidad con un profesional de la salud, el menor tiene derecho a controlar la información médica correspondiente a cualquier servicio prestado dentro del alcance de esa relación de confidencialidad⁴⁶. **En términos generales, por consiguiente, cuando un menor otorga su consentimiento para recibir atención médica, la información relacionada con esa atención no puede divulgarse sin el permiso del menor.**

Las leyes de Nueva York refuerzan esta regla federal general en un aspecto importante. Las reglamentaciones estatales crean una Red Estatal de Información Médica, una plataforma de intercambio de información electrónica para proveedores de atención médica, planes médicos, entidades gubernamentales y otros. Las reglamentaciones estatales que rigen la red definen la “información del paciente con el consentimiento del menor” como la “información relacionada con la atención médica de un paciente menor de 18 años de edad para la cual el paciente proporcionó su propio consentimiento según lo permitido por la ley, sin el permiso de los padres o el tutor⁴⁷. Las reglamentaciones estatales además establecen que ninguna entidad que participa en la Red Estatal de Información Médica puede “divulgar información del paciente con el consentimiento del menor a los padres o al tutor del menor sin la autorización del menor⁴⁸. De este modo, **en Nueva York, un proveedor de atención médica, un plan o una entidad gubernamental que participa en la Red Estatal de Información**

Médica (como lo hacen la mayoría o lo harán pronto) necesita la autorización escrita del paciente menor de edad antes de divulgar información a los padres sobre un servicio médico para el cual el menor dio su consentimiento legal e independiente⁴⁹.

Si se infringen las reglamentaciones federales, los organismos encargados de la ejecución de la ley pueden imponer sanciones civiles monetarias (así como otras sanciones previstas por la ley)⁵⁰. Los incumplimientos de las reglas que rigen la Red Estatal de Información Médica pueden derivar en advertencias, restricciones a la participación en la red o multas⁵¹. La infracción de otras normas estatales de confidencialidad más generales constituye una falta de ética profesional y puede castigarse con multas, llamados de atención o la revocación de la licencia⁵². Además, el paciente puede demandar al proveedor de atención médica por daños y perjuicios por faltar a la confidencialidad en incumplimiento de las leyes de Nueva York⁵³.

Cuando son los padres, y no el menor, quienes otorgan el consentimiento para la atención del menor, la información sobre el tratamiento generalmente se divulga a los padres. Algunas veces, sin embargo, las leyes exigen o permiten que el proveedor de atención médica oculte a los padres información sobre un paciente menor de edad, incluso cuando los padres dieron el consentimiento para el tratamiento inicial.

- El proveedor de atención médica **no debe revelar** información a los padres de un paciente menor de edad si el proveedor determina que esa divulgación podría ser perjudicial para la relación del proveedor con el menor, para la atención y el tratamiento del menor, o para la relación del menor con sus padres⁵⁴.
- El proveedor **puede ocultar** información a los padres de un paciente menor de edad si el menor tiene más de 12 años y se niega a la divulgación. En esos casos, el proveedor de atención médica debe confiar en su criterio sobre si debe o no divulgar la información⁵⁵.

- El proveedor **puede ocultar** información a los padres de un paciente menor de edad si (i) el proveedor tiene motivos razonables para creer que el menor es víctima de abuso o abandono por parte de los padres, (ii) la divulgación podría poner en riesgo al menor, y (iii) el proveedor determina, según su opinión profesional, que la participación de los padres no es lo mejor para el menor⁵⁶.

P Cuando James cumple 13 años, su pediatra, el Dr. Song, tiene una conversación con el niño y su madre, y todos acuerdan que, en lo sucesivo, James tendrá una relación confidencial con el Dr. Song: James podrá decidir, previa consulta con el Dr. Song, cuándo hacer partícipe a su madre de las decisiones sobre su atención médica. Cuando James tiene 16 años, consulta al Dr. Song por un sarpullido en la zona genital que le apareció después de usar un suspensorio para la práctica de hockey. El Dr. Song recomienda el uso de una crema antimicótica de venta con receta. James no quiere consultar a su madre al respecto. ¿El Dr. Song debe contar con el consentimiento de la madre de James para recetarle la crema?

R No. Debido a que la madre de James aceptó la relación confidencial entre James y el Dr. Song, el Dr. Song puede confiar en el consentimiento informado de James y no necesita el consentimiento previo de la madre del menor⁵⁷.

NOTA: en general, las reglas de confidencialidad sobre la atención médica se aplican solamente a los profesionales de atención médica y a las personas a quienes estos supervisan⁵⁸. Estas reglas no se aplican a las personas que obtienen información médica confidencial en calidad de aficionados, como los amigos, familiares, vecinos y propietarios.

En ciertas circunstancias limitadas, las leyes exigen o permiten que el proveedor de atención médica falte a la confidencialidad y divulgue información a personas o instituciones específicas. No obstante, incluso en estas circunstancias, se mantienen otras garantías de privacidad, y no se permite la divulgación general. (*Consulte a continuación*, Situaciones en las que la atención confidencial puede dejar de ser confidencial).

Las escuelas y la confidencialidad

Las leyes que rigen la confidencialidad de los registros médicos escolares son controvertidas. Las leyes federales y estatales generalmente otorgan a los padres el derecho a obtener acceso a los “registros académicos” de sus hijos menores de edad⁵⁹. Los registros académicos se definen, en términos generales, como aquellos que contienen “información directamente relacionada con un estudiante” y “conservada por una entidad o institución educativa, o por una persona que representa a esa entidad o institución”⁶⁰. La Corte Suprema de los EE. UU. ha interpretado que esta definición se refiere a los registros que se conservan en un lugar central o en una base de datos segura y permanente a cargo de “representantes de la escuela, como los maestros, los administradores y otros empleados escolares”⁶¹.

No queda claro de qué manera esta definición se aplica a los registros médicos que se conservan en una escuela. Algunos registros, incluidos los registros de vacunación y estudios de salud obtenidos y conservados como requisito de inscripción, deben divulgarse a los padres si así lo solicitan⁶². Otros registros pueden o no estar sujetos a divulgación obligatoria a los padres, según el contexto. Dada la interpretación de las leyes federales pertinentes por parte de la Corte Suprema, parece haber una diferencia si los registros médicos en cuestión se conservan en los archivos centrales o la base de datos de la escuela, y están a cargo de los empleados de la escuela. **Los registros médicos privados que conservan por separado los profesionales de la salud de la escuela pueden estar fuera del alcance de las leyes federales**⁶³.

Sería acertado que los proveedores de atención médica de la escuela consulten a un abogado antes de negar o divulgar información médica confidencial a los padres. Los proveedores también deben informar a los estudiantes si se mantendrá la confidencialidad de la información que proporcionan, y los estudiantes deben preguntar acerca de las protecciones de la confidencialidad, especialmente si tienen inquietudes particulares al respecto.

Los programas escolares destinados a la prevención o el tratamiento de la drogadicción y el alcoholismo se encuentran en una categoría especial. Aquellos sujetos a reglamentación federal o que reciben asistencia federal (ya sea directa o indirectamente) deben cumplir con los requisitos de confidencialidad federales⁶⁴. Estos requisitos permiten la divulgación solo con el consentimiento previo del paciente, excepto en circunstancias limitadas; por ejemplo, para prevenir una urgencia médica o para cumplir con una resolución judicial⁶⁵.

Los demás adultos con los que el menor puede interactuar en la escuela (como los maestros, consejeros estudiantiles, trabajadores sociales y entrenadores) no están necesariamente obligados a mantener la confidencialidad de las conversaciones. Sin embargo, la ética profesional y los derechos de privacidad del estudiante son contrarios a la divulgación a terceros de la información muy

Algunos registros, incluidos los registros de vacunación y estudios de salud obtenidos y conservados como requisito de inscripción, deben divulgarse a los padres si así lo solicitan.

personal, como la información sobre el embarazo, la orientación sexual o la salud mental de un estudiante⁶⁶. Tal como sucede con otros profesionales de la salud con licencia, los proveedores de atención médica de las escuelas que revelan información confidencial sin permiso pueden estar sujetos a medidas disciplinarias profesionales y además pueden ser demandados por divulgación ilegal⁶⁷. Las escuelas que divulgan los registros confidenciales de un estudiante sin el consentimiento escrito de los padres del estudiante también pueden enfrentar la pérdida de fondos federales⁶⁸.

P **Phuong, estudiante de tercer año de secundaria, se queja con la enfermera de la escuela porque le duele la garganta y no puede comer. Los padres de Phoung firmaron un formulario de consentimiento al comienzo del año escolar, donde autorizaban a la enfermera a proporcionarle tratamiento a Phoung. ¿Puede la enfermera revelar esta información a los padres de Phoung? ¿Y al director?**

R **La enfermera puede y, si lo solicitan, probablemente deba divulgar la información a los padres de Phoung debido a que estos tienen derecho a obtener acceso a sus “registros académicos”, incluidos los registros médicos guardados en un lugar central o en una base de datos de la escuela a cargo de empleados de la escuela. No obstante, no debe divulgarse la información médica al director sin el consentimiento de los padres de Phoung.**

P **En una sesión de asesoramiento psicológico con el trabajador social de la escuela, Jessi revela que es lesbiana. Le pide al trabajador social que no se lo cuente a nadie. ¿Puede el trabajador social revelar la orientación sexual de Jessi a sus padres?**

R **La obligación personal de mantener la confidencialidad de los clientes comúnmente evitaría que el trabajador social estableciera contacto de manera afirmativa para informar a los padres de Jessi, pero si el trabajador social toma notas sobre la información y estas se guardan en los archivos permanentes de la escuela, es probable que los padres de Jessi tengan derecho a consultar esos registros.**

P **Diana, de 16 años, le entrega a su profesora de gimnasia una nota en la que solicita que se la exima de la clase de gimnasia porque está embarazada. ¿La profesora está obligada a mantener la confidencialidad?**

R **Tal vez. Generalmente, el personal docente no tiene las mismas obligaciones de confidencialidad que los profesionales de la salud. Según las circunstancias, no obstante, la divulgación podría ser contraria a la ética profesional y/o a los derechos de privacidad del estudiante. Sería más conveniente que el profesor hablara con la estudiante y le preguntara si cuenta con el apoyo de sus padres u otros adultos en lo que respecta al embarazo. Si la estudiante necesita más apoyo, el profesor podría ayudarla a ponerse en contacto con trabajadores sociales, consejeros u otras personas capacitadas para asesorar a los estudiantes en tales situaciones.**

Algunas escuelas van más allá de sus obligaciones de divulgación y generan políticas que comprometen la confidencialidad de los estudiantes. Por ejemplo, algunas escuelas piden a los enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales de la escuela que informen sobre el embarazo de una estudiante a sus padres y/o a los funcionarios escolares⁶⁹. Esas políticas ponen a los proveedores de atención médica de las escuelas en riesgo de cometer una falta de ética profesional al revelar afirmativamente las comunicaciones confidenciales de los estudiantes. El profesional de atención médica de la escuela debe consultar a un abogado si se le pide que haga esto.

Situaciones en que la atención confidencial puede dejar de ser confidencial

En determinadas circunstancias, es posible que el proveedor de atención médica no pueda preservar totalmente la confidencialidad de la información relacionada con la atención de un menor. Algunas veces, las leyes exigen que el proveedor de atención médica comunique la información del paciente a un organismo gubernamental⁷⁰ y, en otras situaciones, el proveedor puede estar obligado a revelar una comunicación confidencial en un proceso judicial.

Esta sección identifica algunas de las situaciones en las que la atención médica podría no ser totalmente confidencial. Al hablar sobre los problemas de confidencialidad con un paciente, la ética médica estipula que los proveedores deben analizar las posibles restricciones legales que tiene la naturaleza confidencial de la relación entre ambas partes⁷¹.

Denuncia del abuso infantil

¿Qué es la ley sobre denuncia del abuso infantil?

La ley sobre denuncia obligatoria del abuso infantil de Nueva York da lugar a una excepción restringida en la obligación de confidencialidad de los profesionales hacia los pacientes menores de edad. **Esta ley exige que todos los “denunciantes por**

mandato” (incluidos los proveedores de atención médica y los funcionarios escolares)⁷² realicen una denuncia ante el Registro Central de Abuso y Maltrato Infantil del Estado cuando tengan la sospecha justificada de que un menor es víctima de abuso o abandono por parte de uno de los padres, un tutor legal, un tutor (cualquier persona que se encuentre con regularidad en el hogar del niño)⁷³ u otra persona que sea legalmente responsable de la atención del niño⁷⁴. El denunciante por mandato que trabaja en una escuela, institución, centro u organismo debe denunciar personalmente todo presunto caso de abuso ante el Registro Central del Estado e informar de inmediato al director de su lugar de trabajo⁷⁵. La denuncia desencadenará una investigación del padre o de la persona responsable. No es necesario el permiso del paciente o estudiante.

El cuidador es culpable de abuso⁷⁶ o abandono⁷⁷ si provoca un daño directo al niño o si actúa de manera tal que permita⁷⁸ que el niño sea víctima de daño físico o emocional, o de abuso sexual.

La ley sobre denuncia del abuso infantil no se aplica automáticamente cuando un niño es víctima de un delito. La pertinencia de una denuncia de abuso infantil depende del hecho de que el agresor sea o no legalmente responsable del cuidado del niño. Por otro lado, las denuncias al Registro Central pueden desencadenar una investigación exclusiva de los padres del menor o de otro tutor o cuidador. Los organismos de servicios de protección infantil no están autorizados a investigar delitos cometidos contra los niños por terceros que no son legalmente responsables del cuidado del menor.

Cuando un denunciante por mandato tiene una sospecha justificada de abuso infantil, el hecho de no denunciarlo puede derivar en una responsabilidad civil⁷⁹. Por el contrario, la ley exime de responsabilidad a los denunciantes por mandato cuando realizan una denuncia de buena fe, sin que medie conducta impropia intencional ni negligencia grave⁸⁰.

NOTA: una ley diferente regula el abuso físico o sexual cometido contra un estudiante por un empleado o voluntario de la escuela. Los empleados de la escuela deben denunciar toda acusación de abuso a las autoridades escolares, y no al Registro Central⁸¹.

¿De qué manera la ley puede plantear un problema de confidencialidad para los menores no abusados?

Algunos proveedores de atención médica se han planteado si deben o no realizar una denuncia de abuso o abandono infantil cuando se enteran de que el padre o la madre del menor son conscientes de que el paciente menor de edad tiene relaciones sexuales voluntarias, pero no han tomado medidas para prevenirlo.

Estos planteamientos surgen porque las leyes prohíben que los cuidadores que permiten que se cometa un delito sexual contra un niño puedan ser considerados abusadores⁸². De acuerdo con el derecho penal de Nueva York, todo menor de 16 años de edad que tiene relaciones sexuales vaginales, orales o anales es víctima de “conducta sexual impropia”, incluso si las relaciones son consensuadas⁸³. Por ello, cuando los padres saben que su hijo menor de edad tiene relaciones sexuales y no hacen nada para impedirlo, la pregunta es si los padres están “permitiendo” que se cometa un delito sexual contra su hijo.

Los tribunales de Nueva York se han negado a darles a las leyes sobre abuso infantil una interpretación tan amplia e insostenible, y se rehúsan a aprobar acusaciones de abuso infantil contra los padres de todo menor sexualmente activo del estado⁸⁴. Por el contrario, **los tribunales han llegado a la conclusión de que una acusación de abuso basada en la actividad sexual de un menor de edad “debe limitarse a aquellos padres que no intervienen en relaciones sexuales forzadas sobre las cuales tienen conocimiento personal”⁸⁵**. En consecuencia, no se considera abuso sexual que los padres sepan que su hijo menor de edad ha decidido tener relaciones sexuales y no hagan nada para impedirlo. Ciertamente, esto no se aplica en los casos en los que un adolescente tiene relaciones sexuales con un familiar o cuando las relaciones son forzadas.

Los denunciantes por mandato deberían intentar comprender las circunstancias que resultaron en el embarazo de una menor, una enfermedad de transmisión sexual u otra indicación de que tenga relaciones sexuales. Se justifica una denuncia de abuso infantil cuando el menor fue obligado a tener relaciones sexuales o fue víctima de abuso sexual, y los padres u otros cuidadores sabían o deberían haber sabido acerca de la coacción o del abuso y no tomaron las medidas razonables para evitarlo. Cuando el menor es inmaduro y la pareja sexual más madura que el menor parece ejercer una influencia o un poder muy grande sobre el menor, el proveedor de atención médica puede inferir, según su debida opinión profesional, que la relación es de naturaleza coercitiva o abusiva. En ese caso, es obligatorio denunciar el consentimiento tácito de la relación por parte de los padres. Sin embargo, una denuncia basada en el asentimiento de los padres para que un menor tenga relaciones sexuales consensuadas es injustificada, si el menor tiene relaciones sexuales voluntariamente.

P Daniel, de 16 años, planea concretar una cita en una clínica para realizarse un examen de enfermedades de transmisión sexual. Tiene relaciones sexuales con su novio de 19 años. ¿Debería preocuparse Daniel de que la clínica denuncie su caso a los servicios de protección infantil porque, técnicamente, él es víctima de un delito de conducta sexual impropia?

R Las leyes buscan que se preserve la confidencialidad de la atención que recibe Daniel. Los tribunales han determinado que los padres no son culpables de abuso solamente por saber que sus hijos adolescentes tienen relaciones sexuales consensuadas. Además, el novio de Daniel no está propiamente sujeto a una denuncia de abuso infantil; solo lo están los padres, tutores o tutores legales.

P ¿Daniel debe revelar el nombre de su novio si el proveedor de atención médica se lo pregunta?

R No. Daniel puede mantener en secreto esta información.

P ¿Qué sucede si un menor que tiene un par de años menos que Daniel busca atención relacionada con las relaciones sexuales?

R Según el grado de madurez del menor en particular, la edad de los padres del menor y otras circunstancias de las relaciones sexuales, algunos proveedores pueden establecer que un menor más joven puede haber sido obligado o coaccionado a tener relaciones sexuales con un adulto. En ese caso, si el proveedor tiene la sospecha justificada de que los padres o un adulto legalmente responsable han permitido el abuso sexual y, en consecuencia, han abusado del niño o lo han abandonado, el profesional está obligado a denunciar a los padres.

Denuncia de enfermedades de transmisión sexual

Los proveedores de atención médica están obligados a denunciar ante los departamentos de salud del país y/o del estado todos los casos de sífilis, clamidia y gonorrea. Los resultados de análisis de VIH positivos también están sujetos a denuncia. Para obtener un análisis detallado de estas leyes y conocer de qué manera se relacionan con la confidencialidad del paciente, consulte la Sección IV.

Prevención de “acciones perjudiciales” para terceros

Los psicólogos, psiquiatras y consejeros de atención a las víctimas de violación pueden faltar a la confidencialidad para notificar a una persona que está en peligro y/o a la policía si un paciente supone un peligro inminente grave para otra persona⁸⁶. No obstante, la notificación no es obligatoria⁸⁷.

Procesos judiciales

Como regla general, los proveedores de atención médica no pueden divulgar información médica confidencial sin el consentimiento del paciente. Esta regla se extiende a los procesos judiciales y resguarda a los profesionales de la salud de tener que dar testimonio acerca de la información confidencial que reciben de sus pacientes o clientes. Estos privilegios testimoniales se aplican a las comunicaciones entre un paciente y un médico, enfermero profesional, auxiliar de enfermería, dentista, podólogo, quiropráctico⁸⁸, psicólogo⁸⁹, trabajador social⁹⁰, consejero de atención a las víctimas de violación⁹¹, una empresa médica, empresa de servicios profesionales o un centro médico universitario⁹². Sin embargo, incluso estos proveedores pueden ser obligados a dar testimonio ante un tribunal o divulgar registros confidenciales en relación con procesos⁹³ de abuso o abandono infantil y cuando un paciente menor de 16 años haya sido víctima de un delito⁹⁴.

NOTA: si bien los proveedores tienen la obligación afirmativa de denunciar las sospechas justificadas de abuso infantil, no existe tal obligación con respecto a otros delitos cometidos contra un paciente menor de edad, con la excepción de las denuncias por mandato de heridas por arma de fuego y heridas de arma blanca que ponen en riesgo la vida⁹⁵. De hecho, realizar una denuncia policial sin el consentimiento del paciente constituiría una falta a la confidencialidad y una falta de ética profesional⁹⁶.

La confidencialidad entre los proveedores de salud y en el proceso de facturación y determinación de la cobertura de seguro

Cuando se comparte información entre los proveedores de atención médica o entre los proveedores, los planes médicos y las personas aseguradas, es posible que se comprometa la confidencialidad. Pueden surgir problemas, por ejemplo, cuando los padres pretenden tener acceso a las historias clínicas electrónicas de sus hijos para un fin admisible, pero las historias clínicas incluyen información que debería ser confidencial; también se producen incumplimientos cuando se envían facturas o explicaciones de beneficios al hogar.

De acuerdo con las leyes de Nueva York que rigen la Red Estatal de Información Médica (que permiten compartir las historias clínicas electrónicas entre proveedores, compañías aseguradoras, organismos gubernamentales y terceros), los padres pueden autorizar a los participantes de la red a consultar las historias clínicas de los menores⁹⁷. Los padres tienen esta facultad *incluso cuando la historia clínica del menor corresponde a servicios médicos confidenciales para los cuales el menor otorgó su consentimiento y aun cuando los padres no tienen permitido revisar tales historias clínicas sin la autorización del menor*⁹⁸. Las reglamentaciones incluyen excepciones para los menores que están emancipados y cuando las leyes o reglamentaciones federales o estatales exigen que el menor autorice la divulgación de la información⁹⁹.

Las reglamentaciones federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), por el contrario, impiden que los padres autoricen la divulgación de la información de atención médica de un menor y les dan el derecho a los mismos menores cuando la información comprende un servicio para el cual el menor otorgó su consentimiento legal e independiente¹⁰⁰. Parecería que las reglamentaciones federales que facultan a los menores a controlar la información médica sobre servicios para los cuales han otorgado su consentimiento exige la autorización del menor para la divulgación de la información a los participantes de la red, y las reglamentaciones federales, por lo tanto, invalidan las reglamentaciones de Nueva York que facultan a

los padres a autorizar esas divulgaciones. **A pesar de las reglamentaciones de Nueva York, en consecuencia, sería recomendable que los proveedores obtuvieran el consentimiento del menor antes de divulgar a los participantes de la red información médica relativa a un servicio para el cual el menor otorgó su consentimiento legal e independiente.**

Esta situación es tan confusa que se pueden producir errores.

P El padre de Jade le ha dado al Dr. Samedi, pediatra de Jade, una autorización escrita para obtener acceso a toda la información médica sobre Jade en la red. De acuerdo con las reglamentaciones de Nueva York, esta autorización general parece ser suficiente para habilitar al Dr. Samedi a consultar los registros sobre la visita de Jade a una clínica de salud reproductiva para realizarse análisis y recibir tratamiento para una enfermedad de transmisión sexual, incluso cuando Jade otorgó su consentimiento para recibir ese servicio, y cuando se supone que su padre no debe ver la información relacionada. Si la familia de Jade se muda a otro estado y su padre le pide al Dr. Samedi una copia impresa de toda la historia clínica de Jade para su nuevo pediatra, ¿el Dr. Samedi debería entregar la historia clínica?

R No en su totalidad. El Dr. Samedi tiene la obligación de no entregar al padre de Jade la parte de la historia clínica que comprende el tratamiento de la enfermedad de transmisión sexual para el cual Jade dio su consentimiento. Pero debido a que esa información es parte de la historia clínica de toda la vida de Jade, que las reglamentaciones de Nueva York parecen darle al Dr. Samedi acceso a esa historia clínica en función del consentimiento general del padre de Jade, y que las reglamentaciones no incluyen disposiciones obligatorias para la separación o el tratamiento especial de la información médica sensible¹⁰¹, los registros de enfermedades de transmisión clínica podrían terminar, accidentalmente, en las manos del padre de Jade.

La mejor solución para el menor podría ser preguntar a los proveedores de servicios sensibles en campos tales como salud reproductiva, salud mental y tratamiento de la drogadicción si su información como paciente puede mantenerse fuera de la Red Estatal de Información Médica. Las reglamentaciones de Nueva York permiten, pero no exigen, a las “entidades competentes” que administran la Red proporcionar los medios para que los pacientes retengan su información médica¹⁰². Si un menor consulta a un proveedor de atención médica cuya “entidad competente” ofrece esta opción, podría ser posible mantener la información confidencial fuera de la Red.

Los menores que solicitan atención a través de un programa de Medicaid enfrentan otros problemas con respecto a la divulgación de la información electrónica; estos problemas se analizan en mayor detalle en la sección sobre programas públicos de seguro de salud de este manual (Sección VI).

También se puede romper la confidencialidad como consecuencia del proceso de facturación médica¹⁰³; y estos incumplimientos podrían afectar a los adultos jóvenes debido a que las leyes de Nueva York permiten a los padres cubrir a los hijos que, de lo contrario, no tendrían seguro hasta los 29 años de edad¹⁰⁴. Las prácticas de facturación pueden provocar divulgaciones accidentales de varias maneras. Por ejemplo, una ley estatal exige a los planes de atención médica gestionada notificar a los pacientes por escrito y por teléfono sobre las determinaciones de cobertura inicial con respecto a los servicios que exigen autorización previa¹⁰⁵. Es por ello fundamental que los proveedores averigüen si los planes de atención médica gestionada (HMO, por sus siglas en inglés) exigen autorización previa y analicen las posibles consecuencias con el paciente.

No existe una solución ideal para el problema de la confidencialidad en el proceso de facturación médica, pero para minimizar el riesgo de divulgación accidental a los padres, los proveedores pueden hacer lo siguiente:

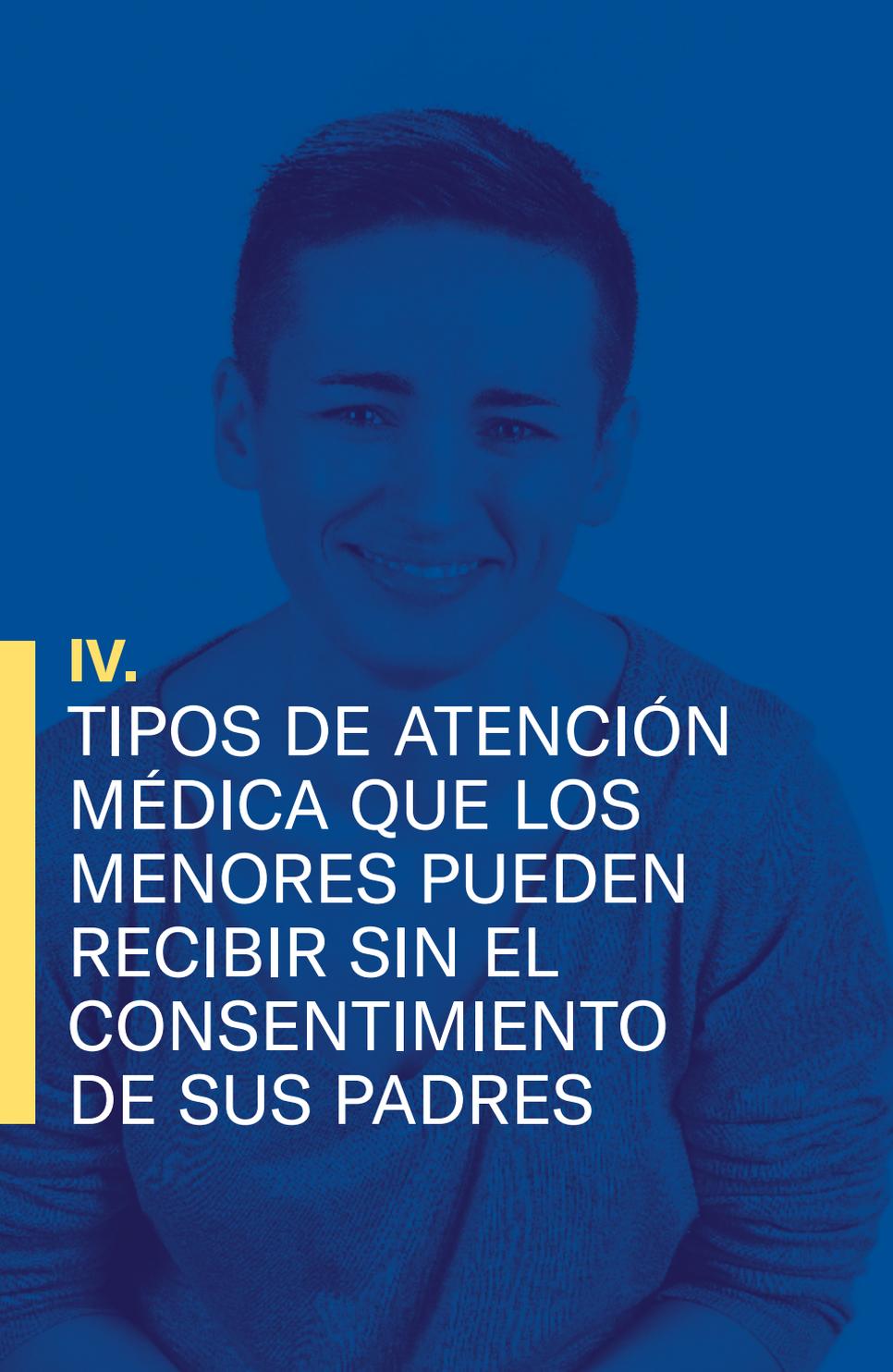
- Remitir al paciente menor de edad para que reciba servicios gratuitos, en caso de estar disponibles, e informar al menor que la remisión podría garantizar un grado de confidencialidad que, de otra manera, podría infringirse en el proceso de facturación;
- Analizar con el paciente menor de edad la facturación de seguro, de servicios médicos y de análisis de laboratorio, y otras formas de pago, e informar al paciente si el proceso de facturación podría comprometer la confidencialidad;
- Advertir al paciente cuando un servicio médico solicitado exige autorización previa y hará que se notifique la determinación por correo y por teléfono al domicilio del menor;
- Pedir al paciente otra información de contacto si este no desea que se lo contacte en su hogar; las reglamentaciones federales y estatales ordenan que los proveedores de atención médica respeten los pedidos justificados de cambio del modo de comunicación entre el proveedor y el paciente; y exige que las compañías aseguradoras cumplan con los pedidos de envío de información a una dirección diferente si la divulgación de la información podría poner en peligro al paciente¹⁰⁶;
- Solicitar que el plan de seguro exija notificación previa en lugar de autorización previa para un procedimiento, evitando de esta manera las llamadas y los correos obligatorios al hogar;
- Instruir al departamento de facturación acerca de los derechos de los menores a la confidencialidad y a manejar de manera confidencial el diagnóstico y el tratamiento que figuran en las facturas que se envían al hogar;
- Consultar a un asesor legal antes de divulgar cualquier historia clínica que podría provocar daños al paciente adolescente.

El menor que recibe atención confidencial debe saber que la facturación podría resultar en incumplimientos accidentales de la confidencialidad y siempre debe hacer lo siguiente:

- Preguntar a los proveedores si se enviarán a su hogar las facturas de tratamientos, análisis de laboratorio y otros documentos;
- Plantear el uso de otra dirección de contacto para el envío de tales documentos;
- Preguntar sobre escalas de pago móviles y pagos en efectivo que podrían reducir los problemas de seguro y facturación.

P José, de 16 años, recibe tratamiento para una enfermedad de transmisión sexual. Debido al tipo de tratamiento, no necesita el consentimiento de los padres y la atención es confidencial. Decide pagar el tratamiento usando el plan de seguro médico de sus padres. ¿Se divulgará información acerca de este tratamiento a sus padres a través del proceso de facturación?

R Posiblemente. El proveedor de atención médica no puede divulgar la información a los padres de José. Sin embargo, existe un riesgo mínimo de divulgación a través del proceso de determinación de la cobertura de seguro. Al preguntar a la compañía aseguradora sobre sus procedimientos de notificación, tanto el paciente como el proveedor pueden identificar los riesgos y responder a ellos.



IV. TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE LOS MENORES PUEDEN RECIBIR SIN EL CONSENTIMIENTO DE SUS PADRES

IV. TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE LOS MENORES PUEDEN RECIBIR SIN EL CONSENTIMIENTO DE SUS PADRES

Control de la natalidad

El control de la natalidad se utiliza para evitar el embarazo y abordar diversas afecciones médicas. Los anticonceptivos tienen muchas presentaciones distintas, que incluyen anticonceptivos orales con hormonas, dispositivos intrauterinos, implantes, inyecciones, preservativos, diafragmas y espermicidas.

Consentimiento y acceso

Un menor puede otorgar su consentimiento para recibir servicios anticonceptivos y medicamentos de venta con receta sin la participación de los padres. El derecho constitucional federal a la privacidad es la base del derecho de los adultos a recibir servicios anticonceptivos confidenciales¹⁰⁷. La Corte Suprema de los EE. UU. ha extendido este derecho a la privacidad a los menores en cuestiones relacionadas con el uso de anticonceptivos¹⁰⁸. Por este motivo, el gobierno no puede restringir el acceso de un menor a los anticonceptivos sin un motivo contundente¹⁰⁹. No existen tales restricciones conforme a las leyes de Nueva York. Por consiguiente, **en Nueva York está protegido el derecho de un menor a la anticoncepción confidencial sin notificación a los padres ni el consentimiento de estos.**

Además, cuando la atención médica de un menor cuenta con fondos públicos, su acceso a los servicios anticonceptivos está aún más protegido. Hay dos programas federales que exigen que se proporcionen servicios y suministros de planificación familiar de manera confidencial a todos los beneficiarios elegibles, incluidos los menores sexualmente activos: Medicaid¹¹⁰ y el programa Título X de la Ley de Servicio de Salud Pública¹¹¹. De esta manera, si una clínica o un hospital recibe fondos en el marco de cualquiera de estos programas, debe ofrecer una amplia variedad de anticonceptivos a los menores con su propio consentimiento.

Incluso cuando un tribunal coloca a un menor en una agencia de cuidado de acogida con afiliación religiosa, se debe ofrecer al menor acceso a información y servicios de salud reproductiva, que incluye anticonceptivos¹¹².

Confidencialidad

Como se mencionó anteriormente, el menor tiene derecho a recibir servicios de planificación familiar confidenciales sin la participación de los padres¹¹³.

Además, los tribunales han interpretado en reiteradas ocasiones que las protecciones de la confidencialidad de los estatutos de Medicaid y del programa Título X prohíben los requisitos de consentimiento de los padres y notificación a los padres en los casos de los adolescentes que tienen derecho a recibir servicios de planificación familiar en virtud de estos programas¹¹⁴.

P Carla, una joven de 14 años, quiere que le receten anticonceptivos orales. ¿Necesita el consentimiento de sus padres?

R No. Los anticonceptivos de venta con receta, al igual que todas las formas de anticoncepción, deben estar disponibles teniendo en cuenta el consentimiento independiente de un menor con capacidad para comprender los riesgos y beneficios del medicamento recetado y sus opciones.

Excepción: la esterilización

Si bien la esterilización es una forma de anticoncepción, las leyes que rigen la esterilización son mucho más estrictas que las que se aplican a otros servicios de control de la natalidad. No se pueden usar fondos federales ni estatales para la esterilización de una persona menor de 21 años¹¹⁵. Además, en la ciudad de Nueva York, no se pueden realizar esterilizaciones en personas menores de 21 años, independientemente del origen de los fondos¹¹⁶. Estas restricciones reflejan la naturaleza permanente de la

esterilización y reducen el riesgo de abusos pasados que involucraron la esterilización involuntaria de mujeres de color, mujeres pobres y mujeres con discapacidades¹¹⁷.

Anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia (AU), o “píldora del día siguiente”, es un anticonceptivo oral de dosis alta que evita el embarazo si se toma poco después de tener una relación sexual sin protección. La anticoncepción de urgencia es anticonceptiva; no puede interrumpir un embarazo existente y no es lo mismo que el medicamento conocido como mifepristona (RU-486), que se toma para inducir el aborto durante las primeras semanas de embarazo. La mayoría de los anticonceptivos de urgencia son eficaces cuando se toman dentro de las 72 horas (algunas veces, hasta 120 horas) posteriores a una relación sexual sin protección, y su eficacia varía según la marca y el tipo¹¹⁸. Por lo general, cuanto más pronto se tome el anticonceptivo de urgencia después de una relación sexual sin protección, más éxito tendrá en evitar el embarazo.

Para facilitar el acceso rápido a los anticonceptivos de urgencia, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos insta a los médicos a proporcionar recetas para anticonceptivos de urgencia por adelantado a los pacientes durante las visitas ginecológicas de rutina¹¹⁹.

Compra de anticonceptivos de urgencia

En abril de 2013, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. aprobó la venta sin receta de determinados tipos de anticonceptivos de urgencia a las personas mayores de 15 años de edad. Luego de un pleito judicial, la FDA revisó esta aprobación e incluyó a todos los menores en edad de procrear¹²⁰. Los menores además pueden obtener determinados tipos de anticonceptivos de urgencia directamente en las clínicas de planificación familiar y a través de otros proveedores en todo el estado.

La anticoncepción de urgencia, Medicaid y el programa Título X

Tanto los anticonceptivos de urgencia de venta libre como los de venta con receta están cubiertos por el programa Medicaid del estado de Nueva York. Los clientes de Medicaid no necesitan presentar una nota fiscal ni ninguna documentación del médico para usar Medicaid y comprar anticonceptivos de urgencia en una farmacia¹²¹.

Asimismo, el Título X (un programa federal que otorga subvenciones para apoyar la planificación familiar y otros servicios de prevención) exige a los beneficiarios incluir una amplia variedad de métodos de planificación familiar aceptables y eficaces¹²². Las pautas del programa Título X además recomiendan a los proveedores ofrecer una variedad completa de métodos anticonceptivos aprobados por la FDA¹²³. En función de estas pautas, muchas clínicas del programa Título X ofrecen anticonceptivos de urgencia con el mismo criterio que cualquier otro método de planificación familiar seguro y eficaz.

La anticoncepción de urgencia y la atención a las víctimas de violación

La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York exige que todo hospital que proporciona tratamiento de urgencia a una víctima de abuso sexual brinde información oral y escrita oportuna sobre la anticoncepción de urgencia y suministre anticonceptivos de urgencia cuando se soliciten¹²⁴.

Consentimiento

Debido a que los anticonceptivos de urgencia son un método anticonceptivo, están disponibles para todos los menores sin necesidad de consentimiento de los padres¹²⁵.

Confidencialidad

Debido a que los menores tienen derecho a dar su consentimiento para recibir servicios anticonceptivos, la información relacionada con los anticonceptivos de urgencia no puede divulgarse sin el permiso del paciente¹²⁶.

Aborto

Existen varios métodos de aborto disponibles según la etapa del embarazo, las preferencias de la paciente y otras indicaciones médicas. Todos los métodos de aborto tienen bajas tasas de complicaciones¹²⁷. Las pacientes deben consultar a sus proveedores para saber qué método de aborto es más conveniente para cada una.

Consentimiento

En Nueva York, una menor puede someterse a un aborto sin la participación de los padres. La Corte Suprema de los EE. UU. ha dictaminado que un estado puede requerir de la participación de los padres en la toma de decisiones con respecto al aborto de una menor si el estado también proporciona un método alternativo para que la menor pida la autorización de un tribunal¹²⁸. Pero el estado de Nueva York no exige el consentimiento de los padres ni que se los notifique. Por consiguiente, **una adolescente embarazada en Nueva York puede dar su consentimiento para un aborto (o negarse a ello) siempre y cuando comprenda los riesgos y beneficios del procedimiento y sus opciones.**

Confidencialidad

Las leyes de Nueva York prohíben la divulgación de la historia clínica relativa al aborto de una menor a los padres de la menor sin el consentimiento expreso de ella¹²⁹.

En la práctica, la mayoría de los proveedores recomienda a las adolescentes hacer partícipes a sus padres o a otros adultos de apoyo en la toma de decisiones con respecto al aborto. La mayoría de las adolescentes consultan voluntariamente a uno de sus padres o a ambos sobre sus decisiones con respecto al aborto¹³⁰, y aquellas que no lo hacen a menudo tienen motivos contundentes que incluyen, entre otros, miedo justificado de abuso o de agravar situaciones familiares ya tensas¹³¹.

P Kim tiene 15 años. Es de Iowa, pero está en Nueva York durante el verano para completar un programa de danza. Ha descubierto que está embarazada y quiere interrumpir el embarazo. ¿Necesita el consentimiento de sus padres?

R No. Mientras Kim esté en Nueva York, se la tratará de acuerdo con las leyes de Nueva York. No necesita el consentimiento de sus padres.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Consentimiento

Un menor que otorga un consentimiento informado puede realizarse análisis o recibir tratamiento para una enfermedad de transmisión sexual sin el consentimiento de los padres ni tutores¹³².

P Tanya tiene 15 años. Cree que podría tener herpes, pero no quiere decírselo a sus padres. ¿Puede recibir atención médica sin informarles?

R Sí. Ya sea para proporcionar un diagnóstico, una receta o un tratamiento quirúrgico, los médicos pueden tratar a los adolescentes que tienen una enfermedad de transmisión sexual sin el consentimiento de los padres. Siempre y cuando Tanya sea capaz de dar su consentimiento informado, el médico no puede divulgar información sobre los servicios para enfermedades de transmisión sexual a sus padres sin el permiso de la menor.

Confidencialidad

Las leyes federales y de Nueva York prohíben expresamente la divulgación de información sobre enfermedades de transmisión sexual a los padres o tutores sin el permiso del paciente¹³³.

Los proveedores de atención médica deben, no obstante, cumplir con las reglamentaciones de Nueva York que les exigen declarar casos presuntos o confirmados de enfermedades contagiosas. Debido a que Nueva York incluye la sífilis, la gonorrea y la clamidia en su lista de enfermedades contagiosas, los médicos deben declarar los casos de estas enfermedades de transmisión sexual a los funcionarios de salud estatales¹³⁴. Los requisitos de la declaración permiten la divulgación limitada de la información personal solo a determinados funcionarios estatales específicos¹³⁵. Además, las leyes de Nueva York agregan protecciones de confidencialidad especiales a las declaraciones de sífilis, gonorrea y clamidia: los departamentos de salud estatales o locales que reciben y conservan tales declaraciones deben mantenerlas en confidencialidad, excepto que se permita una divulgación muy limitada a otros organismos de salud pública para fines de control de enfermedades¹³⁶.

VIH/SIDA

Las leyes diferencian el VIH/SIDA de otras enfermedades de transmisión sexual y prevén protecciones especiales para la confidencialidad de las personas que tienen VIH o SIDA, pero algunas excepciones restringidas de la ley exigen la divulgación de la información sobre el VIH/SIDA en circunstancias limitadas (consulte a continuación)¹³⁷.

Consentimiento

Un menor que otorga un consentimiento informado puede realizarse análisis o recibir tratamiento para el VIH/SIDA sin el consentimiento de los padres ni tutores y puede dar su consentimiento para recibir atención preventiva a fin de evitar la enfermedad¹³⁸.

P Raoul, un joven de 16 años que vive con su madre, tiene el VIH, pero no se lo ha contado a su madre. Raoul ahora tiene una enfermedad relacionada con el SIDA y quiere recibir atención médica pero evitará el tratamiento si se le exige informar a su madre. ¿Puede un médico proporcionar tratamiento a Raoul sin el consentimiento paterno?

R Sí. El médico puede tratar a Raoul sin consultar a sus padres. No obstante, sería conveniente que el médico ayude a Raoul a hablar con su madre o a buscar un adulto de apoyo con quien pueda hablar en confianza acerca de esta situación.

P Jim y Toni, ambos menores, están considerando la posibilidad de tener relaciones sexuales. Jim ha tenido relaciones sexuales antes y cree que puede haber estado expuesto al VIH. Toni nunca antes ha tenido relaciones sexuales y quiere prevenir la exposición al VIH. ¿Puede Toni dar su consentimiento para el uso de profilaxis previa a la exposición (PPrE) para evitar contraer la infección¹³⁹?

R Sí. El proveedor puede indicar profilaxis previa a la exposición en función del propio consentimiento informado de Toni.

Análisis

Las leyes de Nueva York exigen el consentimiento informado antes de realizar un análisis del VIH¹⁴⁰. Debido a que la capacidad para dar consentimiento para ese análisis se determina independientemente de la edad¹⁴¹, todo menor capaz tiene derecho a otorgar consentimiento para el análisis del VIH (o negarse a hacerlo). Los proveedores de atención primaria, los hospitales y ciertos centros de diagnóstico y tratamiento tienen la obligación legal de ofrecer análisis del VIH a toda persona “de trece años de edad o más (o menor de quince años si hay evidencias o indicios de actividad de riesgo)”¹⁴².

La ley contempla una excepción al requisito de consentimiento escrito para los recién nacidos, a los que se les realiza el análisis habitualmente al momento del nacimiento sin el consentimiento de los padres, aunque el análisis pueda no revelar con precisión el estado del VIH del bebé ni pueda indicar si la madre tiene o no VIH¹⁴³.

Toda persona que decide realizarse un análisis del VIH puede optar por someterse a un **análisis anónimo** en una dependencia del Departamento de Salud o a un **análisis confidencial**. La diferencia entre los dos tipos de análisis es el grado de confidencialidad con respecto a los resultados¹⁴⁴. Análisis **anónimo** significa que la persona a la que se le realiza el análisis no revela su nombre; el consentimiento informado se otorga a través del uso de un sistema codificado sin vinculación entre la identidad de la persona y la solicitud o los resultados del análisis. En consecuencia, los resultados nunca se pueden rastrear hasta la persona. Los lugares donde se realizan análisis anónimos del VIH/SIDA pueden ubicarse llamando al 311 o a los programas regionales de análisis anónimos del VIH que se mencionan en la publicación del departamento de salud de la ciudad y del estado *Say Yes to the HIV Test (Digamos “sí” al análisis de VIH)*, que se encuentra en <https://www.health.ny.gov/publications/9678.pdf> (p. 4). Todo otro análisis del VIH es **confidencial**, es decir que, si bien se mantendrá la confidencialidad general de los resultados, estos estarán sujetos a declaración y divulgaciones para notificación a los contactos (consulte a continuación).

Confidencialidad

Debido a que las personas con VIH/SIDA a menudo sufren discriminación, la información confidencial relacionada con el VIH (es decir, cualquier información sobre si una persona se ha realizado un análisis relacionado con el VIH, ha tenido un resultado positivo para el VIH o tiene una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA) generalmente no se puede divulgar sin el permiso del paciente. La ley prohíbe expresamente a los médicos, funcionarios médicos, proveedores de servicios sociales y centros de atención médica divulgar información confidencial, excepto en circunstancias específicas, y solo a personas o instalaciones designadas¹⁴⁵. De hecho, toda persona que divulga información confidencial relacionada con el VIH sin una autorización firmada en circunstancias distintas de las previstas por la ley (consulte a continuación) está sujeta a sanciones civiles y penales¹⁴⁶.

Consideraciones especiales sobre la confidencialidad en la atención del VIH/SIDA

Divulgación a los padres o tutores del menor

Una persona que obtiene información confidencial relacionada con el VIH como parte de la prestación de un servicio médico o social a un menor puede divulgar esa información a los padres o al tutor del menor sin el permiso del menor **solo si se presentan todas las siguientes circunstancias:**

- El menor no tiene capacidad para otorgar su consentimiento para recibir los servicios de atención del VIH/SIDA en cuestión;
- Los padres o el tutor están legalmente autorizados a dar consentimiento en nombre del menor¹⁴⁷;
- El médico tiene motivos para creer que la divulgación es necesaria desde el punto de vista médico a fin de proporcionar atención y tratamiento oportunos; **y**
- El médico ha asesorado debidamente al menor sobre la necesidad de divulgar la información a los padres del menor, y aun así el menor no ha comunicado la información¹⁴⁸.

Incluso si se reúnen todas las condiciones anteriores, el médico **no puede divulgar** información confidencial a los padres de un menor si:

- El médico llega a la conclusión, según su opinión profesional, de que “la divulgación de la información no sería lo mejor” para el menor; **o**
- El menor está de otra manera autorizado por ley a dar su consentimiento para la atención relacionada con el VIH; por ejemplo, en virtud de matrimonio, paternidad, embarazo o emancipación (*consulte la Sección II*)¹⁴⁹.

Todas las decisiones con respecto a la participación de los padres en el tratamiento contra el VIH/SIDA de un menor, incluidos los motivos de las decisiones, deben registrarse en la historia clínica del menor¹⁵⁰.

Divulgación a la agencia de adopción o de cuidado de acogida, a los padres adoptivos o de acogida, o al abogado del menor

Si bien un menor en cuidado de acogida o en espera de adopción tiene el mismo derecho a negarse o dar su consentimiento para un análisis o tratamiento del VIH que cualquier otro menor, la información sobre ese análisis o tratamiento algunas veces está sujeta a una divulgación más amplia. Tenga en cuenta, no obstante, que tal como sucede con cualquier otro paciente, los menores que se realizan un análisis anónimo del VIH tienen garantizada la confidencialidad.

Cuando un menor en cuidado de acogida o en espera de adopción se somete a un análisis confidencialmente, pero no de forma anónima, la información relacionada con el VIH debe divulgarse a las siguientes personas y entidades:

- A una agencia autorizada de adopción o de cuidado de acogida¹⁵¹, la que, a su vez, debe divulgar la información a los padres adoptivos o de acogida potenciales, o a los parientes u otras personas responsables que asumirán el cuidado del niño a través de colocaciones oficiales¹⁵²;
- A un abogado designado para representar al menor (generalmente, en procesos de abuso o abandono infantil)

en la medida en que la divulgación de la información sirva a fin de facultar al abogado para que represente al menor. Si el menor es capaz de dar consentimiento para su propia atención médica el abogado no puede volver a divulgar la información a terceros sin el permiso del menor¹⁵³.

Divulgación conforme a un consentimiento escrito

La autorización general de un paciente para la divulgación de la información médica es **insuficiente** para autorizar la divulgación de información relacionada con el VIH. Más bien, el consentimiento escrito debe especificar que debe divulgarse la información relacionada con el VIH¹⁵⁴. La divulgación sin un consentimiento escrito específico es susceptible de castigo con pena de prisión o multa¹⁵⁵.

Divulgación conforme a una resolución judicial

Es posible que los proveedores estén obligados por una resolución judicial a divulgar información confidencial relacionada con el VIH a alguien que, de otra manera, no tendría acceso a ella¹⁵⁶. Sin embargo, la persona que solicita la resolución judicial debe probar que existen circunstancias extraordinarias que justifiquen la divulgación, y el tribunal debe proteger la confidencialidad de la información relacionada con el VIH¹⁵⁷.

Análisis y diagnósticos del VIH: declaraciones al Departamento de Salud

Los médicos y demás personal médico designado deben declarar al Comisionado de Salud Estatal de Nueva York los nombres de las personas cuyos análisis del VIH dan resultado positivo, de aquellas personas a quienes se les ha diagnosticado SIDA o de las que tienen una enfermedad relacionada con el SIDA¹⁵⁸. Asimismo, los laboratorios deben divulgar los resultados de otros análisis relacionados con el VIH, independientemente de la etapa de tratamiento del paciente¹⁵⁹. El Departamento de Salud del estado de Nueva York no puede divulgar aún más esta información, excepto en la medida en que sea necesario para el rastreo de contactos.

Análisis y diagnósticos del VIH: rastreo de contactos

Todo proveedor de atención médica está además obligado por ley a declarar a los funcionarios de salud pública todos los contactos sexuales y de uso compartido de agujas conocidos al momento del análisis o diagnóstico¹⁶⁰. Los “contactos conocidos” pueden incluir los cónyuges o novios, ya sea que el paciente haya divulgado su nombre o que el proveedor lo sepa por su cuenta¹⁶¹. Sin embargo, **el paciente no está obligado a dar el nombre de ningún contacto**¹⁶² y no puede recibir castigo alguno por negarse a hacerlo¹⁶³. Asimismo, si bien el proveedor debe preguntar al paciente los nombres de sus contactos, el paciente no está obligado a realizar una investigación independiente para identificar otros contactos¹⁶⁴.

Después de recibir las declaraciones de los proveedores de atención médica, los funcionarios de salud pública determinan si la notificación a los contactos protegerá la salud pública. De ser así, los funcionarios tienen la responsabilidad de notificar a los contactos declarados que pueden haber estado expuestos al VIH¹⁶⁵. **Los funcionarios de salud pública responsables de notificar a los contactos pueden no divulgar información relacionada con la identidad del paciente original que tiene el VIH ni de ningún otro contacto**¹⁶⁶. No obstante, el contacto puede descubrir por su cuenta quién dio inicio a la declaración y notificación.

Antes de presentar una declaración ante un funcionario de salud pública, el proveedor de atención médica debe examinar al paciente para verificar si hay signos de violencia doméstica¹⁶⁷. El funcionario de salud pública aplazará la notificación al contacto si el paciente manifiesta que la notificación a un contacto en particular pondría en riesgo grave la salud física y la seguridad del paciente, de sus hijos o de otra persona¹⁶⁸. La divulgación de un caso de violencia doméstica que incluya niños también puede resultar en una investigación de abuso infantil.

Toda persona tiene siempre la opción de realizarse un análisis **anónimo** del VIH. No se declarará a las personas que se realizan análisis anónimos. Los análisis anónimos garantizan la confidencialidad porque la información relacionada no puede

rastrearse hasta la persona. Sin embargo, las reglas de declaración y notificación a contactos se activan una vez que se inicia el tratamiento¹⁶⁹.

P Maya, de 15 años, cree que podría tener el VIH. Le preocupa que su novio, Sean, de 17 años y malgeniado, descubra que lo ha engañado si se entera de su estado en relación con el VIH. ¿Cuáles son las opciones de Maya?

R Maya puede realizarse un análisis de VIH en un centro de análisis anónimos. Allí le entregarán un recibo codificado con el que podrá retirar sus resultados sin revelar su identidad. Si Maya obtiene un resultado positivo, sin embargo, no puede mantener el anonimato absoluto una vez que comience el tratamiento. Su médico de cabecera realizará un análisis de diagnóstico para confirmar que Maya tiene el VIH, lo cual activará las leyes de declaración y notificación a los contactos. Maya puede optar por no revelar el nombre de Sean a su médico, o si su médico habitual ya sabe acerca de Sean, Maya puede ver a un nuevo médico que le proporcione tratamiento después de recibir los resultados de los análisis anónimos. Si Maya de hecho le informa a su médico acerca de Sean o si consulta a su médico habitual, la notificación al contacto podría aplazarse si existe un riesgo grave de que Sean le provoque un daño físico a Maya o que, de algún otro modo, amenace su seguridad, pero la notificación se volverá a considerar con posterioridad.

P La Dra. Johnson ha tratado a Samuel, de 17 años, durante cinco años. Con el consentimiento informado de Samuel, la Dra. Johnson indicó recientemente un análisis del VIH cuyo resultado fue positivo. La Dra. Johnson le informa a Samuel que ella está obligada por ley a preguntarle y a declarar sobre las parejas sexuales que él pueda haber tenido o con quienes pueda haber compartido jeringas, pero Samuel no está obligado a divulgar los nombres de esas personas. Samuel decide no decirle a la Dra. Johnson los nombres de los contactos. ¿Qué está obligada a declarar la Dra. Johnson?

R La Dra. Johnson debe declarar acerca de Samuel y cualquiera de los contactos que ella conozca. Por ejemplo, si la Dra. Johnson sabe que Samuel se casó recientemente, debe incluir el nombre de su cónyuge como un contacto en su declaración. No obstante, la Dra. Johnson no necesita realizar ningún trabajo de investigación por su cuenta (como entrevistar a otras personas) para realizar una declaración de buena fe ante el Departamento de Salud. Incluso sin esfuerzo adicional, la Dra. Johnson ha cumplido con su obligación y no se la sancionará por no identificar ni localizar a otros contactos.

Tratamiento permanente contra el VIH: notificación a la pareja/al contacto

Además de los requisitos de divulgación asociados con los análisis y diagnósticos, el médico tiene la opción de faltar a la confidencialidad con su paciente para informar directamente a un contacto conocido si el médico considera que la divulgación es pertinente desde el punto de vista médico y el contacto corre un riesgo de infección importante¹⁷⁰. Sin embargo, antes de cualquier divulgación, el médico debe tomar todas y cada una de las siguientes medidas:

- Asesorar a la persona que tiene el VIH sobre la necesidad de notificar al contacto;
- Informar a la persona que tiene el VIH sobre la intención del médico de divulgar la información al contacto, así como sobre la responsabilidad del médico de declarar el nombre del paciente y los nombres de los contactos al Comisionado de Salud;
- Darle a la persona que tiene el VIH la opción de elegir si la divulgación estará a cargo del médico o de un funcionario de salud pública; y
- Examinar si hay violencia doméstica para determinar si se justifica el aplazamiento de la notificación¹⁷¹.

P James tiene 16 años y tiene el VIH. En un examen físico de rutina, le cuenta a su médico que tuvo relaciones sexuales sin protección con Colin, quien también es paciente del médico. ¿El médico debe decirle a Colin que está en riesgo de exposición al VIH o declarar este contacto al Departamento de Salud? ¿Puede el médico contárselo a Colin?

R La obligación del médico de declarar los contactos al Comisionado de Salud surge al momento del diagnóstico del VIH/SIDA o durante el control que incluye análisis de laboratorio, si no es, de lo contrario, una obligación continua¹⁷². El médico, por lo tanto, no tiene ninguna obligación de declarar la enfermedad ante el Comisionado.

El médico puede, sin embargo, faltar a la confidencialidad con James informando a Colin si lo considera médicamente pertinente y si Colin enfrenta un riesgo de infección importante. No obstante, el médico no está obligado a hacerlo, y no puede ser demandado ni de otro modo declarado responsable por no informar a Colin¹⁷³. Antes de divulgar la información, el médico debe seguir el protocolo de asesoramiento obligatorio con James.

Atención prenatal, servicios de trabajo de parto y parto

Consentimiento

Una menor embarazada puede dar su consentimiento para recibir servicios médicos, odontológicos, de salud y hospitalarios relacionados con la atención prenatal¹⁷⁴. Los servicios de trabajo de parto y parto también están dentro del alcance de los servicios para los cuales una menor embarazada puede dar su consentimiento. Una vez que el niño nace, los padres menores de edad pueden dar su consentimiento para recibir atención médica ellos mismos y para el niño¹⁷⁵.

P Priya está embarazada y tiene 15 años. ¿Puede decidir si tendrá a su bebé por cesárea o por parto vaginal?

R Sí. Los médicos pueden recomendar con firmeza que toda mujer joven busque la ayuda de un adulto de apoyo cuando deben tomar una decisión difícil como esta. Al fin de cuentas, si Priya comprende los riesgos y beneficios de los procedimientos, puede tomar la decisión por sí sola.

Confidencialidad

Tal como se analizó anteriormente, un menor puede autorizar o retirar la autorización para la divulgación de información médica relacionada con cualquier servicio médico para el que el menor pueda otorgar legalmente su consentimiento¹⁷⁶. Debe mantenerse la confidencialidad de esa información, a menos que el menor que otorgó su consentimiento expreso para recibir servicios médicos autorice la divulgación de tal información¹⁷⁷.

Atención a las víctimas de abuso sexual

¿Qué es el abuso sexual?

Una persona es víctima de abuso sexual cuando alguien (incluidos un extraño, un conocido, una cita, su cónyuge o un familiar) tiene cualquier tipo de relación sexual con esa persona sin su consentimiento. El abuso puede incluir el uso de la fuerza física, coacción emocional, amenazas o manipulación. Asimismo, una persona puede ser incapaz de dar su consentimiento por discapacidad mental o incapacidad de hecho (estar en estado de ebriedad o haber perdido el conocimiento, por ejemplo). El abuso sexual puede ser violento o no, y puede o no incluir lesiones físicas.

¿Qué supone la atención a las víctimas de abuso sexual?

Una persona que ha sido víctima de abuso sexual puede buscar servicios de salud reproductiva o tratamiento de lesiones. Los servicios de atención a las víctimas de abuso sexual suponen dos componentes: la atención médica y la obtención de evidencia. **Si se sospecha que ha habido abuso sexual, los hospitales deben proporcionar, a pedido, profilaxis contra las enfermedades de transmisión sexual y tratamiento preventivo del embarazo (anticonceptivos de urgencia), así como asesoramiento con respecto a todas las opciones de tratamiento a fin de que las víctimas puedan tomar decisiones informadas**¹⁷⁸. Además, los hospitales deben asesorar a los pacientes sobre la disponibilidad de organizaciones locales de atención a las víctimas de violación y asistencia a las víctimas y, sujeto al consentimiento del paciente, comunicarse con esas organizaciones en nombre del paciente¹⁷⁹. Los hospitales también deben analizar con las víctimas las opciones para denunciar el delito a la policía¹⁸⁰.

La segunda parte de la atención a las víctimas de abuso sexual incluye lo que generalmente se denomina “botiquín para casos de violación”, que se utiliza para recolectar evidencia como muestras de semen, cabello y sangre para su uso posterior, si la víctima decide formular cargos penales¹⁸¹. Generalmente, la obtención de evidencia es más eficaz dentro de las 72 horas de la agresión y

antes de que la víctima se duche. La víctima puede optar por recibir atención en la que se recoge evidencia y más adelante decidir si presentar cargos o no. El simple hecho de someterse a un examen no significa que la víctima deba formular cargos.

Consentimiento

Un menor que es capaz de otorgar su consentimiento informado puede dar consentimiento para muchos aspectos de la atención a las víctimas de abuso sexual sin la participación de los padres. Por ejemplo, un menor capaz puede dar consentimiento para recibir servicios¹⁸² confidenciales de salud reproductiva y asesoramiento para víctimas de violación¹⁸³. De acuerdo con una antigua política del Departamento de Salud, un menor maduro también puede dar su consentimiento para la obtención y divulgación de evidencia forense relacionada con la agresión¹⁸⁴. Además, según las circunstancias, el menor puede ser capaz de otorgar consentimiento para el tratamiento de las lesiones relacionadas¹⁸⁵.

Un menor que tiene la capacidad para dar su consentimiento informado para recibir servicios relacionados con el abuso sexual también es capaz de rechazarlos; por ello, nadie puede obligar a un menor capaz a someterse a un examen de abuso sexual.

P Susan, de 16 años, llega al servicio de urgencias con su madre, quien está muy enojada porque cree que Susan tiene relaciones sexuales con su novio de 18 años. La madre reclama que los médicos o enfermeros del servicio de urgencias le realicen un examen de abuso sexual a su hija para determinar si todavía es o no virgen. ¿Los proveedores deben realizar el examen?

R No. Un menor que es capaz de otorgar o retirar su consentimiento para recibir servicios de atención reproductiva no puede ser obligado a someterse a ese examen. La ética médica además debería impedir la realización de una “prueba de virginidad” que no tiene ningún fin ni beneficio médico. En consecuencia, a menos que Susan otorgue voluntariamente su consentimiento, no se puede realizar el examen¹⁸⁶.

Confidencialidad

El menor tiene derecho a la confidencialidad en algunos aspectos de la atención relacionada con el abuso sexual, pero hay excepciones importantes que pueden exigir divulgaciones en este contexto.

El proveedor de atención médica no tiene la obligación general de denunciar delitos cometidos contra un paciente, y tales denuncias, a menos que las exija la ley, constituyen una falta a la confidencialidad. Cuando un menor es víctima de abuso sexual, no obstante, las leyes pueden exigir divulgaciones de la información relacionada por diversos motivos.

- Los proveedores de atención médica están obligados a denunciar ante las autoridades de bienestar infantil si las circunstancias en torno a la agresión generan una sospecha justificada de abuso infantil¹⁸⁷. Por ejemplo, los padres u otros cuidadores pueden haber abusado sexualmente del niño o pueden haber permitido deliberadamente que se coaccione al niño para que tenga relaciones sexuales o trato carnal.
- Si el abuso sexual incluye heridas por arma de fuego, heridas de arma blanca que ponen en riesgo la vida o quemaduras, es posible que se exija al hospital que entregue la evidencia de esos delitos a la policía¹⁸⁸.

- Si la víctima de abuso sexual tiene menos de 16 años, el proveedor de atención médica o un trabajador social podrían estar obligados a dar testimonio en un proceso judicial sobre la información obtenida durante el tratamiento que atañe al delito cometido contra el menor¹⁸⁹.
- Las obligaciones de denunciar también pueden exigir que los proveedores falten a la confidencialidad cuando los abusos sexuales (u otros delitos) se producen en lugares donde los pacientes reciben atención de salud mental¹⁹⁰.
- Los proveedores de atención médica están obligados a informar a los funcionarios de salud pública si la víctima tiene resultados positivos en los análisis de VIH, sífilis, clamidia o gonorrea¹⁹¹.
- Debido a que la policía no está obligada por las reglas de confidencialidad, un menor que decide presentar una denuncia policial podría perder el control sobre cómo y a quiénes se divulga la información.

P Tracy tiene 15 años y solicita tratamiento para víctimas de violación después de haber sido atacada sexualmente. Además de recibir atención de salud reproductiva, como profilaxis contra las enfermedades de transmisión sexual y anticonceptivos de urgencia, necesita tratamiento de los hematomas y demás lesiones. Sin embargo, no quiere involucrar a sus padres. ¿Puede el hospital llamar a los padres sin su permiso para obtener consentimiento para tratar estas otras lesiones? ¿Puede el hospital denunciar el abuso a la policía?

R No está claro si el hospital puede comunicarse con los padres de Tracy para obtener su consentimiento para tratar los hematomas y demás lesiones de la joven. Contactar a los padres podría comprometer la confidencialidad del conjunto de servicios de atención de salud reproductiva para los que Tracy puede dar consentimiento, pero las leyes no otorgan ni niegan expresamente a Tracy el derecho a otorgar consentimiento de manera independiente para el tratamiento de las lesiones relacionadas. El hospital debe asesorarla y motivarla para que notifique a sus padres o a otro adulto responsable, de haberlo, que pueda ayudarla. No obstante, el hospital no debe comunicarse con la policía a menos que cuente con el consentimiento de Tracy y de sus padres, si estos están involucrados, a menos que el hospital esté obligado a denunciar determinadas lesiones provocadas por armas de fuego, heridas de arma blanca que ponen en riesgo la vida o quemaduras.

Asesoramiento psicológico y servicios de salud mental

Consentimiento

El derecho del menor a recibir tratamiento de salud mental sin el consentimiento de los padres depende del tipo de tratamiento buscado: tratamiento ambulatorio, en el que el menor vive en su hogar y visita al proveedor de servicios de atención de salud mental solo para recibir tratamiento, o tratamiento hospitalario, en el que el menor vive en el hospital o centro de salud mental.

En el contexto ambulatorio, el derecho del menor a dar consentimiento también depende del tipo de centro que proporciona el servicio. La ley se aplica expresamente a los “servicios proporcionados en un programa ambulatorio autorizado o manejado conforme a las reglamentaciones del comisionado de salud mental”¹⁹². El derecho del menor a otorgar consentimiento es menos evidente en los entornos de salud mental privados y sin la

debida autorización, y los médicos de tales entornos deberían consultar a un asesor legal sobre la mejor manera de ofrecer servicios de salud mental a los menores de edad.

Tratamiento ambulatorio

Un médico de salud mental que ejerce su profesión en un centro autorizado o manejado por la Oficina de Salud Mental del estado puede proporcionar servicios ambulatorios a un menor sin el consentimiento de los padres si se presentan las siguientes situaciones:

- (1) El menor solicita tales servicios deliberada y voluntariamente;
- (2) Los servicios están indicados desde el punto de vista clínico y son necesarios para el bienestar del menor; y
- (3) (i) Los padres o el tutor no están razonablemente disponibles;
 - (ii) Solicitar el consentimiento o la participación de los padres o de un tutor podría tener un efecto perjudicial en el tratamiento ambulatorio; o
 - (iii) Uno de los padres o el tutor se ha negado a otorgar tal consentimiento, y el médico determina que el tratamiento es necesario y constituye lo mejor para el menor¹⁹³.

El tratamiento de salud mental ambulatorio puede incluir la prescripción de medicamentos psicotrópicos en función del propio consentimiento del menor si este tiene 16 años de edad o más, si se cumple con las condiciones anteriores y si el médico obtiene segundas opiniones que convalidan su criterio médico¹⁹⁴. Si no se reúnen las condiciones descritas anteriormente, las leyes de Nueva York exigen el consentimiento de uno de los padres o de un tutor para el tratamiento de salud mental ambulatorio¹⁹⁵. Todo joven puede reunirse con un proveedor de salud mental sin el consentimiento previo de los padres a fin de determinar si el menor

cumple con estas pautas¹⁹⁶. El proveedor de salud mental debe documentar en la historia clínica del menor los fundamentos que se siguieron para determinar si se cumple con los criterios anteriores¹⁹⁷.

P Qiao-ling tiene 15 años. Está muy deprimida y quiere recibir tratamiento de salud mental. No quiere contarles a sus padres porque cree que no le permitirán pedir ayuda. El médico considera que la joven necesita tratamiento. ¿Puede el médico proporcionar tratamiento a Qiao-ling?

R Sí, si Qiao-ling da su propio consentimiento para el tratamiento y el médico dispone que la participación de los padres podría tener un efecto perjudicial en su atención. Qiao-ling no puede dar consentimiento por su cuenta para el uso de antidepresivos hasta que cumpla 16 años, sin embargo, y un psiquiatra independiente debe verificar que tenga la capacidad necesaria, que el medicamento sea lo mejor para ella y que la participación de los padres podría ser perjudicial para el tratamiento.

Tratamiento hospitalario

Los menores de 16 años o más pueden solicitar su ingreso en un hospital para recibir tratamiento de salud mental hospitalario, que incluye medicamentos, por su cuenta, pero los adolescentes más jóvenes deben obtener el consentimiento de los padres¹⁹⁸.

Todo menor que está hospitalizado para recibir tratamiento de salud mental tiene acceso garantizado a un asesor legal de las siguientes maneras:

- Se debe informar al menor que hay un asesor legal disponible, tal como se hace con cualquier otro paciente de salud mental¹⁹⁹;
- En el término de tres días de la llegada del menor, el centro debe notificar a los Servicios Legales de Salud Mental acerca del ingreso del menor²⁰⁰.

En general, no se puede retener contra su voluntad a un paciente (menor de edad o adulto) que ha decidido ingresar a un centro de salud mental. Sin embargo, si la institución determina que existen fundamentos razonables para creer que el paciente representa un peligro para sí mismo o para otros, se lo puede retener durante un máximo de 72 horas, durante las cuales el centro debe solicitar a un tribunal una resolución de reclusión forzada²⁰¹. La audiencia debe programarse dentro de las 72 horas de la fecha en que el centro solicita la reclusión forzada²⁰². Solo se puede retener al paciente contra su voluntad si el tribunal llega a la conclusión de que el paciente supone una amenaza para sí mismo o para otros²⁰³.

Tal como sucede con otros servicios médicos, en una emergencia, se pueden poner a disposición del menor tratamiento y medicamentos psiquiátricos sin el consentimiento de los padres²⁰⁴.

P ¿Puede Rahim, quien tiene 15 años, dar consentimiento para su propio ingreso hospitalario a fin de recibir tratamiento de salud mental?

R No. Los menores deben tener 16 años de edad o más para otorgar consentimiento para recibir tratamiento de salud mental hospitalario.

Confidencialidad

En términos generales, cuando un menor otorga su consentimiento para recibir atención de salud mental, la información relacionada con ese tratamiento no puede divulgarse sin el permiso del menor²⁰⁵. Estas disposiciones de confidencialidad se aplican no solo a los proveedores autorizados por la Oficina de Salud Mental de Nueva York, sino también a cualquier centro donde se prestan servicios de salud mental, como las clínicas y los centros psiquiátricos²⁰⁶.

Incluso cuando los padres dan su consentimiento para que se proporcionen servicios de salud mental a un menor, no tienen garantizado el acceso a la información relacionada con el tratamiento. Cuando los padres solicitan acceso a la historia clínica de salud mental, es posible que se notifique de la solicitud a los menores que tienen 13 años de edad o más. Si el menor se opone a la divulgación, el proveedor puede optar por rechazar la solicitud de los padres²⁰⁷. El proveedor de atención médica además está autorizado a negar el acceso de los padres a la historia clínica de salud mental del menor si el proveedor determina que esa divulgación podría tener un efecto perjudicial en la relación del médico con el paciente menor de edad, en la atención y el tratamiento del menor, o en la relación del menor con sus padres o tutores²⁰⁸. Además, la ética profesional establece que, en general, los profesionales de salud mental mantengan estricta confidencialidad con respecto al trato con sus pacientes, incluidos los pacientes menores de edad²⁰⁹.

Existen, desde luego, excepciones a la regla general de confidencialidad. La ley permite las divulgaciones conforme a resoluciones judiciales; notificaciones a proveedores de servicios legales; y comunicaciones a organismos de supervisión de la salud, personas que podrían estar amenazadas por un paciente, investigadores, médicos forenses, cárceles, otros proveedores de atención médica y un grupo de otras personas y entidades²¹⁰. En particular, las leyes de Nueva York exigen a los directores de los centros de salud mental que notifiquen a los padres de los accidentes o las lesiones que podrían afectar la salud y la seguridad de un paciente, y permiten a los padres y tutores obtener acceso a los registros del centro en relación con tales incidentes²¹¹.

Además, las disposiciones más específicas de las leyes y reglamentaciones sobre salud mental exigen que se informe una amplia variedad de conductas impropias que se producen dentro o bajo la protección de determinados tipos de centros. Los centros manejados o financiados por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo²¹², por ejemplo, deben divulgar a las agencias de supervisión, informar al Registro Central de Personas

Vulnerables y notificar a los padres los incidentes que incluyan abuso físico, psicológico y sexual de los pacientes, junto con muchos otros actos u omisiones que puedan provocar daños²¹³. El Registro Central, por su parte, debe filtrar las denuncias y enviar aquellas que parecen alegar delitos a los organismos del orden público pertinentes²¹⁴. Se aplican leyes similares a los centros y programas manejados, financiados o administrados por la Oficina de Salud Mental²¹⁵.

Debido a estas y otras obligaciones de denunciar, las protecciones de la confidencialidad variarán de un caso a otro según muchos factores, como el lugar donde se produjo el incidente y el tipo de centro donde la persona joven recibe tratamiento. Se recomienda a los proveedores de atención médica solicitar asesoramiento legal o comunicarse con la Unión de Libertades Civiles de Nueva York para conocer si las reglas generales de confidencialidad se aplican a una situación particular en un centro de atención de salud mental y de qué manera lo hacen.

Servicios de tratamiento del alcoholismo y la drogadicción

Consentimiento

En general, cuando se trata a un menor contra la dependencia de sustancias químicas²¹⁶ de manera hospitalaria, residencial o ambulatoria, los proveedores de atención médica deben tomar medidas para involucrar a los padres o tutores en el tratamiento y obtener el consentimiento de los padres o tutores²¹⁷. Sin embargo, se puede aceptar a un paciente para tratamiento hospitalario, residencial o ambulatorio en relación con una dependencia de sustancias químicas sin la participación ni el consentimiento de los padres o tutores si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- El médico determina que la participación de los padres o de un tutor podría tener un efecto perjudicial en el tratamiento;
- Los padres o el tutor se niegan a dar su consentimiento para el tratamiento, y el médico considera que ese tratamiento es necesario para proteger el bienestar del menor²¹⁸;

- El proveedor no puede localizar a los padres o al tutor después de tomar medidas razonables, en cuyo caso el director del programa puede autorizar el tratamiento del menor²¹⁹;
- Los padres o tutores no se comunican con el proveedor, o se niegan a hacerlo, dentro de un plazo de tiempo razonable, con respecto al tratamiento del menor, en cuyo caso el director del programa puede autorizar el tratamiento del menor²²⁰; •
- El menor es padre o madre, está casado o emancipado²²¹.

Toda decisión de proporcionar tratamiento a un menor sin el consentimiento de los padres debe documentarse en la historia clínica del paciente y debe incluir un formulario firmado por el paciente menor de edad, donde se indique que el menor solicita tratamiento voluntariamente y se le ha informado acerca de la disponibilidad de ayuda por parte del servicio legal de salud mental y sobre sus derechos en virtud de la Ley de Salud Mental de Nueva York²²².

Cuando se ingresa a un menor sin la participación y el consentimiento de los padres, el proveedor debe hacer todo lo posible para obtener del menor el nombre, la dirección y el número de teléfono de un adulto que pueda actuar como contacto en caso de urgencia. El proveedor debe entonces verificar la existencia del contacto en caso de urgencia, pero solo después de notificar al menor y habiendo recibido el consentimiento escrito previo del menor para comunicarse con ese contacto²²³. Tenga en cuenta, no obstante, que un centro puede ingresar a un paciente menor de edad para que reciba tratamiento contra la dependencia de sustancias químicas incluso si se ha hecho lo razonablemente necesario para identificar al contacto en caso de urgencia, pero no se han obtenido resultados²²⁴.

Confidencialidad

Cuando un menor recibe servicios contra la drogadicción o el alcoholismo dentro de un programa o centro que recibe fondos de un departamento u organismo federal, la confidencialidad está rigurosamente protegida²²⁵. Solo se permite la divulgación en virtud de un consentimiento escrito o una resolución judicial, o en caso de emergencia médica²²⁶. Si el paciente menor de edad, por su

cuenta, dio su consentimiento para recibir tratamiento contra la drogadicción conforme a la ley mencionada anteriormente, entonces el paciente menor de edad tiene la facultad de otorgar o negarse a otorgar su consentimiento para que se divulgue la información, incluso a los padres o al tutor del menor²²⁷. Si los padres o el tutor otorgaron consentimiento para el tratamiento del menor, entonces tanto el menor como los padres o el tutor deben dar consentimiento por escrito para cualquier divulgación de la información relacionada²²⁸. Si un menor solicita tratamiento contra la drogadicción en una situación en que las leyes de Nueva York exigen el consentimiento de los padres o del tutor, un programa que recibe fondos federales puede notificar a los padres o al tutor acerca del pedido del menor solamente en las siguientes circunstancias: (1) si el menor da su consentimiento por escrito o (2) si el director del programa llega a la conclusión de que el menor no tiene la capacidad necesaria para tomar una decisión racional y la comunicación con los padres o el tutor reduciría una “amenaza considerable a la vida o el bienestar físico del menor solicitante o de cualquier otra persona”²²⁹.

La prohibición general de la divulgación en los programas con fondos federales tiene carácter expansivo. A falta de una resolución judicial²³⁰, las leyes federales expresamente prohíben que los organismos del orden público usen la información en poder de tales programas para formular o justificar cargos penales o para realizar una investigación contra el paciente²³¹. Además, cuando un paciente recibe tratamiento médico en un centro de tratamiento y prevención del alcoholismo y la drogadicción (incluso si el tratamiento no está relacionado con el abuso de sustancias), la información relacionada con el tratamiento es confidencial²³².

P Duane tiene 16 años y está pensando en hablar con un consejero escolar acerca de su problema con la bebida, pero teme que se notifique a sus padres. ¿Puede recibir asesoramiento sin el consentimiento de sus padres?

R Probablemente. En general, no es necesario el consentimiento de los padres para que un menor reciba asesoramiento sobre el consumo de alcohol, y muchas escuelas reciben fondos federales, lo que hace que todo programa asociado con la drogadicción esté sujeto a estrictas reglas de consentimiento y confidencialidad. Ya sea que el consejero decida tratar o no a Duane, no puede divulgar la información a los padres de Duane sin el permiso del menor si la escuela recibe fondos federales²³³.

Si un menor solicita tratamiento contra la drogadicción en un centro o con un proveedor que no recibe ningún fondo federal, las leyes de Nueva York garantizan la confidencialidad de la información asociada de conformidad con las leyes vigentes que amparan las historias clínicas²³⁴.

Atención de urgencias

Consentimiento

Un médico puede proporcionar tratamiento a un menor sin el consentimiento de los padres o un tutor cuando el médico ha determinado, según su opinión profesional, que se encuentra ante una urgencia, que el menor necesita atención médica inmediata y que el intento de garantizar el consentimiento de los padres o de un tutor podría provocar una demora que aumentaría el riesgo para la vida o la salud del menor²³⁵. Un tribunal de Nueva York ha sostenido que “si un médico o cirujano se enfrenta a una urgencia que pone en riesgo la vida o la salud del paciente, o en la cual se puede aliviar el sufrimiento o el dolor, es su obligación hacer aquello que la situación exija”²³⁶.

P Luis tiene 6 años. Tiene una crisis asmática grave y uno de sus maestros lo lleva al hospital. No es posible localizar a sus padres. ¿Puede recibir tratamiento?

R Sí. El médico puede tratar la crisis asmática de Luis para resolver su necesidad de atención urgente.

A Esta vez, Luis se quebró una pierna. Nuevamente, no es posible ubicar a sus padres. ¿Puede recibir tratamiento?

R Sí, también. Si bien no es probable que Luis muera por la espera, el médico puede brindarle tratamiento como excepción de urgencia porque “es posible aliviar el dolor” mediante tratamiento inmediato.

Confidencialidad

Cuando un proveedor de atención médica proporciona tratamiento a un menor sin el consentimiento de los padres para abordar una urgencia producto de una lesión accidental o la aparición inesperada de una enfermedad grave, el proveedor debe darles a los padres o al tutor del menor la oportunidad de que, dentro del término de 10 días, inspeccionen toda la información del paciente relacionada con esa atención²³⁷. El proveedor de atención médica además está autorizado a negar el acceso de los padres a la historia clínica de salud mental del menor si el proveedor determina que esa divulgación podría tener un efecto perjudicial en la relación del médico con el paciente menor de edad, en la atención y el tratamiento del menor, o en la relación del menor con sus padres o tutores²³⁸. Asimismo, el proveedor de atención médica puede

notificar a un menor de más de 12 años acerca del pedido por parte de sus padres o su tutor para revisar la información relacionada con la atención de urgencia recibida por el menor y puede negar el acceso a la información si el paciente menor de edad se opone²³⁹.

Atención médica de las personas transgénero

Consentimiento

Los jóvenes cuya identidad de género no coincide con el sexo que se les asignó al momento del nacimiento pueden desear recibir atención médica para confirmar su identidad de género. **Hasta ahora, ninguna ley de Nueva York permite específicamente a los adolescentes dar consentimiento por su cuenta para recibir servicios médicos relacionados con la transexualidad. En la medida en que un menor solicite atención de salud mental relacionada con la identidad de género, no obstante, se aplican las reglas generales que otorgan a los menores acceso independiente a esa atención²⁴⁰.** Y, tal como sucede con cualquier otro tipo de atención médica, si el menor está casado, es padre o madre o está emancipado, puede dar su consentimiento de manera independiente.

Confidencialidad

Cuando los padres o el tutor dan su consentimiento para que un menor reciba atención médica para personas transgénero, los padres o el tutor también tienen derecho a autorizar o rechazar la divulgación de la información sobre ese tratamiento. Inversamente, cuando un menor da su consentimiento de manera independiente para el tratamiento, en función de que es un menor emancipado, por ejemplo, el menor controlará la divulgación de la información relacionada con los servicios²⁴¹.

Igualdad de acceso a la atención médica

Las leyes de Nueva York prohíben la discriminación en función de “la identidad de género, la propia imagen, el aspecto, el comportamiento o la expresión”²⁴². Las reglamentaciones dictadas por la División de Derechos Humanos del estado prevén que la

discriminación en función de la identidad de género o “el hecho de ser una persona transgénero” constituye discriminación sexual²⁴³. Además, la discriminación en función de la “distrofia de sexo” (una afección médica que incluye la angustia grave que puede derivar de tener “una identidad de género diferente del sexo asignado al momento del nacimiento”) constituye discriminación por cuestiones de discapacidad; de manera tal que las personas con distrofia de sexo tienen derecho a adaptaciones razonables²⁴⁴. **Los niños y adolescentes transgénero, en consecuencia, tienen derecho a recibir tratamiento como cualquier persona con una necesidad de atención médica cuando solicitan servicios de cualquier tipo, incluidos los servicios relacionados con su identidad de género.**

Cobertura para menores con bajos ingresos

En el caso de los menores con bajos ingresos, Medicaid cubre algunos servicios de atención médica para personas transgénero. Los adolescentes de 16 y 17 años pueden reunir los requisitos para recibir tratamiento hormonal si cumplen con determinados criterios y un profesional médico competente determina que el tratamiento es necesario desde el punto de vista médico²⁴⁵. Los menores que tienen menos de 16 años de edad también pueden reunir los requisitos “en casos específicos si se demuestra la necesidad médica y se recibe la aprobación previa”²⁴⁶. Medicaid cubrirá la cirugía de confirmación de sexo para quienes tienen más de 18 años y cuentan con dos cartas de remisión de profesionales de la salud mental; en el caso de los menores que tienen menos de 18 años de edad, la cirugía puede estar cubierta “en casos específicos si se demuestra la necesidad médica y se recibe la aprobación previa”²⁴⁷. Los niños en cuidado de acogida o dentro del sistema de justicia juvenil de la ciudad de Nueva York pueden reunir los requisitos para recibir atención médica para personas transgénero incluso cuando Medicaid no proporcione la cobertura necesaria²⁴⁸.



V. LOS MENORES EN CUIDADO DE ACOGIDA

V. LOS MENORES EN CUIDADO DE ACOGIDA

Los menores en cuidado de acogida tienen derecho a dar su consentimiento de manera independiente para recibir servicios de atención médica como cualquier otro menor²⁴⁹. En las circunstancias en que el menor no pueda dar consentimiento por su cuenta, es necesario el consentimiento de los padres si no se ha extinguido la patria potestad ni se ha renunciado a ella²⁵⁰. Si se ha extinguido la patria potestad o se ha renunciado a ella, los proveedores de atención médica no pueden comunicarse con los padres ni solicitar su consentimiento; por el contrario, la agencia de cuidado en acogida autoriza que se le proporcionen servicios médicos al menor²⁵¹.

Independientemente de quién otorgue consentimiento para el tratamiento, los menores en cuidado de acogida enfrentan mayores riesgos que otros en cuanto a que su confidencialidad médica se vea comprometida. Esto se debe a que toda información médica relacionada con un menor que esté en posesión de una agencia de adopción o cuidado en acogida debe divulgarse a los potenciales padres adoptivos o de acogida cuando el menor es adoptado, colocado en cuidado de acogida o colocado con otra persona legalmente responsable²⁵².

Información relacionada con el VIH

La ley les otorga a los menores en cuidado de acogida menos protección que a otros con respecto a la confidencialidad de la información relacionada con el VIH. **Los proveedores pueden** divulgar información confidencial relacionada con el VIH a una agencia de cuidado en acogida autorizada, sin permiso, pero no están obligados a hacerlo²⁵³. **Las agencias de cuidado de acogida,** sin embargo, **deben** divulgar la información médica relacionada con el VIH sobre la cual tengan conocimiento a los potenciales padres adoptivos o de acogida, o a los parientes u otras personas responsables que asumirán el cuidado del niño a través de colocaciones oficiales²⁵⁴, pero deben proteger esta información de la divulgación a otros. Desde luego, si un menor se realiza análisis anónimos de VIH, los resultados serán confidenciales²⁵⁵.

Atención de salud reproductiva

Los menores en cuidado de acogida tienen derecho a recibir servicios médicos a través de sus agencias de cuidado en acogida dentro de los 30 días de la solicitud por parte del menor²⁵⁶. Tales servicios incluyen servicios confidenciales de planificación familiar, tales como suministros anticonceptivos y asesoramiento, y los menores en cuidado de acogida (al igual que los demás menores) pueden dar consentimiento por su cuenta para recibir esos servicios²⁵⁷. No obstante, debido a que la información médica obtenida por las agencias de cuidado de acogida está sujeta a los requisitos de divulgación obligatoria mencionados anteriormente, a fin de garantizar la confidencialidad absoluta, se recomienda que los adolescentes busquen atención para cuestiones de salud delicadas con médicos o clínicas que sean independientes de la agencia de cuidado de acogida.

P Clara, quien tiene 16 años, está en cuidado de acogida y desea consultar a un ginecólogo para comenzar los controles anuales de atención reproductiva. Sin embargo, no quiere que la agencia de cuidado de acogida ni sus padres de acogida conozcan la información médica privada que el médico tendrá sobre ella. ¿Cómo puede ella mantener la confidencialidad de esta información?

R Clara puede solicitar tratamiento a un proveedor o en una clínica de atención médica independiente [como Planned Parenthood (<https://www.plannedparenthood.org/health-center>), Community Healthcare Network (<http://www.chnyc.org/>), o el Centro de Salud Adolescente de Mount Sinai (<http://www.mountsinai.org/patient-care/service-areas/adolescent-health-center>)] que no esté relacionado con la agencia de cuidado de acogida. Esas clínicas deben mantener la confidencialidad de la información y no pueden divulgarla a las agencias de cuidado de acogida sin el consentimiento previo de la menor. Tenga en cuenta, no obstante, que si Clara solicita atención contra el VIH, la información relacionada estará sujeta a divulgación, incluso si el proveedor de atención médica no está afiliado a la agencia de cuidado de acogida.

Atención médica de las personas transgénero

Medicaid cubre el tratamiento hormonal para los adolescentes de bajos ingresos a los que se les ha diagnosticado disforia de género, una afección médica que refleja la angustia extrema que puede surgir cuando la identidad de género de una persona no coincide con el cuerpo de esa persona²⁵⁸. Todo menor en cuidado de acogida o en determinadas colocaciones de la justicia de menores de la ciudad de Nueva York puede recibir una cobertura mayor. Incluso en las situaciones en que Medicaid no cubre los servicios, la Administración de Servicios para Niños de la Ciudad de Nueva York cubre la “atención médica de confirmación de género”, definida como “los diversos tipos de atención que pueden buscar, en relación con su identidad de género, las personas transgénero, transexuales y las personas que no están conformes con su género”²⁵⁹. Las pautas generales para el consentimiento en los sistemas de acogida y justicia juvenil se aplican a la atención para las personas transgénero, lo que significa que generalmente se exigirá el consentimiento de los padres o de la agencia²⁶⁰.

VI. PROGRAMAS PÚBLICOS DE SEGURO DE SALUD DISPONIBLES PARA MENORES DE EDAD

Medicaid

Medicaid es un programa de seguro de fondos públicos que cubre servicios médicos integrales, que incluyen atención prenatal, aborto y control de la natalidad para los menores que reúnen los requisitos de elegibilidad de ingresos e inmigración²⁶¹.

Para obtener una lista de las organizaciones comunitarias que pueden ayudarle a un joven a solicitar Medicaid o el plan de seguro para niños Child Health Plus (consulte a continuación), pueden llamar al 1-800-698-4KIDS (1-800-698-4543) o visitar el sitio web de Departamento de Salud del Estado de Nueva York en: https://www.health.ny.gov/health_care/child_health_plus/where_do_i_apply.htm.

Elegibilidad

Generalmente, los menores reciben servicios de Medicaid a través de la inscripción en Medicaid de un padre elegible. Sin embargo, algunos menores que se mantienen solos en sus propios hogares y que están casados, están embarazadas o son padres o madres pueden solicitar Medicaid por su cuenta²⁶².

Los menores pueden solicitar Medicaid de manera independiente, sin contar los ingresos de sus padres, si se presentan las siguientes condiciones:

- El menor está legalmente casado, en cuyo caso solo los ingresos del menor y de su cónyuge se computarán para determinar la elegibilidad²⁶³;
- El menor tiene 16 años de edad o más, asistió a la escuela hasta los 16, no vive con sus padres o un tutor ni recibe dinero de ellos, y no vive en cuidado de acogida. El gobierno puede, a pesar de todo, demandar a los padres o al tutor del menor por los costos de su atención médica²⁶⁴;
- El/la menor tiene 16 o 17 años, está embarazada o es padre o madre de un niño, y no vive con los padres ni un tutor porque no hay ninguno disponible; el menor y su hijo estarían en riesgo grave de sufrir daños si vivieran con los padres o el tutor del

menor; o, de otra forma, no es lo mejor para el menor y su hijo vivir con los padres o el tutor del menor. El gobierno puede, a pesar de todo, demandar a los padres o al tutor del menor por los costos de la atención médica del menor y de su hijo²⁶⁵;

- El/la joven tiene entre 18 y 20 años de edad y está embarazada o es madre o padre de un niño. Debido a que Medicaid continúa considerando que los menores de 21 años son dependientes de los padres, el gobierno puede demandar a los padres o al tutor por los costos de la atención médica del joven, pero no por los costos de la atención del hijo de este²⁶⁶;
- El joven tiene entre 18 y 20 años, y sus padres o su tutor no están disponibles, o no ofrecen o no pueden ofrecer un hogar seguro para el joven. El gobierno puede demandar a los padres o al tutor del joven por los costos de la atención médica del joven²⁶⁷.

Medicaid cubre a las menores embarazadas (y a las adultas embarazadas) a un límite de ingresos más altos que los que se aplican a otros. Los niveles de elegibilidad en función de los ingresos se ajustan anualmente, pero el umbral de 2017 se fijó en \$35,524 al año para una familia de dos integrantes (y en el caso de una mujer embarazada, se cuenta a ella más la cantidad de hijos que espera parir)²⁶⁸. La cobertura se extiende a una amplia variedad de exámenes y servicios relacionados con el embarazo y continúa durante un período de posparto de 60 días²⁶⁹.

Un recién nacido cuya madre tiene Medicaid está automáticamente cubierto por Medicaid a lo largo del primer año de vida y debería estar automáticamente inscrito²⁷⁰. El nivel de elegibilidad en función de los ingresos para los bebés de hasta un año es el mismo que para las mujeres embarazadas²⁷¹. El bebé debería recibir una tarjeta de Medicaid en el término de dos semanas del nacimiento pero, hasta entonces, el bebé puede recibir servicios de atención médica con la tarjeta de Medicaid de la madre²⁷².

En Nueva York, las menores (y las adultas) embarazadas que reúnen los requisitos de ingresos son elegibles para Medicaid independientemente de su condición de inmigrantes, lo que

significa que incluso las menores indocumentadas puede obtener cobertura durante el embarazo e inmediatamente después²⁷³. Al igual que otros bebés nacidos de mujeres elegibles para Medicaid en los EE. UU., los niños nativos nacidos de madres inmigrantes quedan automáticamente inscritos en Medicaid y son elegibles para la cobertura desde el nacimiento hasta, como mínimo, el primer año de vida²⁷⁴.

Toda mujer embarazada, incluida cualquier mujer indocumentada, que tiene Medicaid durante su embarazo pero pierde la cobertura una vez que este finaliza (por ejemplo, porque ya no es elegible o porque no vuelve a solicitar el plan) probablemente será elegible para los servicios de planificación familiar cubiertos por Medicaid de 24 a 26 meses en virtud del Programa de Extensión de la Planificación Familiar (FPEP, por sus siglas en inglés). El FPEP está disponible independientemente de que el embarazo termine en aborto espontáneo, nacimiento con vida, muerte fetal o aborto provocado²⁷⁵.

Confidencialidad

Los servicios médicos proporcionados a través de Medicaid están sujetos a protecciones especiales de la confidencialidad²⁷⁶. Estas protecciones se aplican ya sea que el menor esté inscrito de manera independiente o en el plan de Medicaid de los padres.

La confidencialidad se puede ver amenazada, sin embargo, cuando se envían al hogar las facturas, los informes de laboratorio o las declaraciones de los planes de atención médica gestionada (como las explicaciones de beneficios o las aprobaciones de autorizaciones previas). El problema ocurre con más frecuencia con los planes de atención médica gestionada. Los proveedores y pacientes deben consultar a su plan de seguro acerca de la política del plan con respecto al envío de documentos al hogar. Para prevenir estos tipos de faltas a la confidencialidad, los menores que solicitan Medicaid por su cuenta pueden especificar una dirección postal que sea diferente de la dirección particular a fin de evitar infracciones de la confidencialidad como consecuencia del envío de facturas y otra correspondencia²⁷⁷.

El programa Medicaid también plantea problemas de confidencialidad con respecto al uso compartido de la información electrónica. Medicaid de Nueva York reconoce que “existen determinados tipos de atención para los que un menor puede dar consentimiento/prestar acuerdo sin el consenso de sus padres o un tutor” y que “el menor tiene derecho a decir quiénes pueden ver esa información de acuerdo con las leyes estatales y federales”²⁷⁸. No obstante, el programa Medicaid no puede “separar la información sobre reclamaciones a Medicaid según el tipo de servicio”²⁷⁹. Por lo tanto, un menor que quiere proteger la confidencialidad de la información médica relacionada con los servicios para los cuales otorgó su consentimiento de manera independiente debe informar a Medicaid que no comparta su historia clínica completa, ya que Medicaid no puede proteger partes separadas de la historia clínica²⁸⁰.

Child Health Plus

Child Health Plus (CHP, por sus siglas en inglés) de Nueva York es un programa de seguro de fondos públicos para niños y adolescentes de 18 años de edad y menos²⁸¹. CHP ofrece beneficios médicos integrales que incluyen atención prenatal, aborto y toda la variedad de servicios de atención de salud reproductiva²⁸². Para obtener información sobre cómo inscribirse en el CHP, los menores pueden llamar al 1-800-698-4543 o visitar el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York en: https://www.health.ny.gov/es/health_care/child_health_plus/.

Elegibilidad

Debido a que CHP tiene un límite de ingresos por grupo familiar más alto que Medicaid²⁸³ y está disponible independientemente de la condición de inmigrante del inscrito²⁸⁴, existen muchas probabilidades de que, si un adolescente no es elegible para Medicaid, sea elegible para CHP.

Generalmente, los menores necesitan la participación de los padres para poder inscribirse en CHP. Sin embargo, los menores casados, las menores embarazadas y los menores que son padres o madres pueden inscribirse ellos e inscribir a sus hijos en CHP sin la participación de los padres o del tutor, y los menores emancipados de otro modo también pueden inscribirse por su cuenta; los menores en estas situaciones se beneficiarían al recibir ayuda personalizada con el proceso de inscripción²⁸⁵. Los menores pueden buscar personas cercanas competentes que ofrezcan ayuda personalizada en el sitio web de N. Y. State of Health en: https://nystateofhealth.ny.gov/agent/hx_brokerSearch?fromPage=INDIVIDUAL. Tenga en cuenta que aquellos que intentan inscribirse por su cuenta deben obtener los documentos pertinentes para verificar la elegibilidad en función de los ingresos del grupo familiar.

Confidencialidad

Los servicios médicos prestados en virtud de CHP están sujetos a las mismas reglas de confidencialidad que se aplican en el programa Medicaid²⁸⁶. No obstante, la facturación puede plantear un problema de confidencialidad, porque todos los pacientes de CHP deben elegir un plan de atención médica gestionada, el cual puede enviar al hogar las facturas, las explicaciones de beneficios, las aprobaciones de autorizaciones previas y los informes de laboratorio. Por ejemplo, las leyes de Nueva York exigen que los planes de atención médica gestionada notifiquen al paciente por escrito y por teléfono una vez que el plan ha tomado una determinación inicial sobre si un servicio que exige autorización previa está cubierto y en qué medida (la mayoría de los procedimientos quirúrgicos exigen autorización previa)²⁸⁷. Los proveedores pueden trabajar con sus pacientes para averiguar qué información envían al hogar los planes de atención médica gestionada y resolver cómo evitar las infracciones accidentales de la confidencialidad. Los planes médicos deben proporcionar adaptaciones razonables para los pacientes cuya seguridad depende de la recepción de las comunicaciones por otros medios o en otros lugares²⁸⁸.

CONCLUSIÓN

Las cuestiones de salud que los menores enfrentan día a día a menudo son extremadamente complejas. La confusión sobre sus derechos puede agravarse por su situación médica, su condición de inmigrante, la imposibilidad de pagar su atención médica o muchos otros factores.

Este folleto ofrece pautas amplias sobre los derechos de los menores a la atención médica confidencial. El Programa de Derechos de Reproducción de la Unión de Libertades Civiles de Nueva York espera que esta guía fomente la sensibilización sobre los derechos de los menores, y aumente de ese modo la probabilidad de que los menores soliciten atención médica cuando la necesiten.

- ¹ Tumaini R. Coker et al., *Improving Access to and Utilization of Adolescent Preventive Health Care: The Perspectives of Adolescents and Parents*, 47 J. Adolescent Health 133, 133–34 (2010) (“[Una] parte considerable de los adolescentes de los EE. UU. no utiliza de manera regular los servicios de atención preventiva; el uso puede ser particularmente bajo entre los jóvenes afroamericanos, los jóvenes latinos y los jóvenes que viven en la pobreza”). (Se omitieron las notas al pie); Kaiser Family Foundation, *Adolescent Health: Coverage and Access to Care*, Women’s Issue Brief, octubre de 2011, p. 4 (“Aproximadamente cuatro millones de adolescentes de entre 10 y 18 años carecen de seguro médico. (...) Los adolescentes sin seguro médico o con períodos sin cobertura tienen un acceso deficiente a los servicios médicos necesarios, y la mitad de los adolescentes sin seguro tiene, como mínimo, una necesidad médica insatisfecha”), <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/8236.pdf>.
- ² Kaiser Family Foundation, *Adolescent Health: Coverage and Access to Care*, Women’s Issue Brief, octubre de 2011, p. 2 (“Se ha comprobado que algunos adolescentes prescinden de la atención médica, ocultan información sobre ellos, retrasan o no piden ayuda para evitar que sus padres descubran un problema de salud. La confidencialidad y los problemas de privacidad no solo plantean barreras importantes para el examen y la evaluación de conductas peligrosas, sino que pueden afectar el cumplimiento del paciente y su regreso para las visitas de seguimiento después del diagnóstico.”) (se omitieron las notas al pie), <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/8236.pdf>; *Confidential Health Care for Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine*, 35 J. Adolescent Health 160, 162 (2004) (“En dos amplias encuestas nacionales, aproximadamente un cuarto de los estudiantes de escuelas intermedias y secundarias informó que los adolescentes no buscan la atención médica que necesitan. En uno de estos estudios, se observó que el 35% de los estudiantes que no solicitaron atención informó que una de las razones fue porque ‘no querían contarles a sus padres’. (...) [L]a mitad de las niñas solteras, sexualmente activas, menores de 18 años de edad que fueron encuestadas hace poco en clínicas de planificación familiar en un estado informaron que dejarían de concurrir a las clínicas si se exigiera la notificación obligatoria a los padres sobre los anticonceptivos recetados. Otro 12% informó que demoraría o interrumpiría el uso de servicios específicos, como los servicios para enfermedades de transmisión sexual.”) (se omitieron los pies de página), https://www.adolescenthealth.org/SAHM_Main/media/Advocacy/Positions/Aug-04-Confidential_Health_Care_for_Adolescents.pdf.
- ³ N.Y. Gen. Oblig. Law § 1-202 (McKinney 2017); N.Y. C.P.L.R. § 105(j) (McKinney 2017). (**Nota: Las fechas de todas las citas de estatutos y reglamentaciones se extrajeron de Westlaw y no de las compilaciones oficiales publicadas.**)
- ⁴ De hecho, los niños tienen derecho a recibir manutención, sujeta a los medios económicos de los padres, hasta los 21 años (incluso después de que son legalmente adultos). N.Y. Fam. Ct. Act § 413 (McKinney 2017).
- ⁵ N.Y. Pub. Health Law § 2805-d (McKinney 2017) (donde se define la falta de consentimiento informado como “el incumplimiento por parte de la persona que proporciona tratamiento o diagnóstico profesional de divulgar al paciente las alternativas a estos, y los riesgos y beneficios razonablemente previsibles que conllevan, que un médico, un dentista o un podólogo en circunstancias similares habría divulgado, de manera que se permita al paciente realizar una evaluación informada”); N.Y. Mental Hyg. Law § 80.03(c) (McKinney 2017) (“La falta de capacidad para otorgar consentimiento o negarse a un tratamiento médico importante significa que el paciente no puede comprender ni valorar debidamente la naturaleza y las consecuencias de un tratamiento médico importante propuesto, incluidos los beneficios y riesgos, o las alternativas a dicho tratamiento, y no puede por lo tanto tomar una decisión informada para dar su consentimiento o negarse a ese tratamiento de manera consciente y voluntaria a fin de promover el bienestar del paciente”)
- ⁶ Véase N.Y. Pub. Health Law § 2994-c(1) (McKinney 2017) (“A los fines de este artículo, se presume que todo adulto es capaz de tomar decisiones, a menos que se determine lo contrario en virtud de esta sección o conforme a una resolución judicial, o a menos que el tutor legal esté autorizado a decidir sobre la atención médica del adulto de conformidad con el artículo ochenta y uno de la ley de salud mental”).
- ⁷ Véase *Schloendorff v. Soc’y of N.Y. Hosp.*, 211 N.Y. 125, 129-30 (N.Y. 1914) (“Todo ser humano mayor de edad y en su sano juicio tiene derecho a determinar lo que se hará con su propio cuerpo; y todo médico que realice una operación sin el consentimiento de su paciente comete abuso y es responsable por daños y perjuicios. Esto es así, salvo en casos urgentes en los que el paciente está inconsciente y cuando es necesario operar antes de obtener el consentimiento”), *modificado en parte, sobre la base de argumentos no relacionados, por la resolución de Bing v. Thunig*, 2 N.Y.2d 656 (1957); *Dale v. State*, 355 N.Y.S.2d 485 (3rd Dep’t 1974), *ratificado en*, 370 N.Y.S.2d 906 (1975); véase también N.Y. Pub. Health Law § 2805-d (McKinney 2017).
- ⁸ Werner Weinstock & Eve W. Paul, *Medical Treatment of Minors Under New York Law*, N.Y. J. Med., julio de 1978, p. 1297, 1299 § 1:14.
- ⁹ N.Y. Pub. Health Law § 2805-d (McKinney 2017).
- ¹⁰ Véase *Schloendorff*, 211 N.Y. p. 130; *Fogal v. Genesee Hosp.*, 344 N.Y.S.2d 552, 559 (App. Div. 2d Dep’t 1973) (“La causa de la demanda no se basa en ninguna teoría de negligencia, sino que es una derivación de la ley de amenazas y agresión física”); *Darrah v. Kite*, 301 N.Y.S.2d 286, 290 (App. Div. 3d Dep’t 1969) (“Se ha establecido hace mucho tiempo en este estado que ‘todo médico que realice una operación sin el consentimiento de su paciente comete abuso y es responsable por daños y perjuicios’”) La jurisprudencia moderna sostiene que la negligencia profesional es la causa de demanda elegida para abordar la falta de consentimiento informado, mientras que las amenazas y la agresión física son la causa de demanda adecuada cuando hay ausencia absoluta de consentimiento en circunstancias que no son urgentes. Véase *Slandly v. Bryk*, 864 N.Y.S.2d 46, 57 (App. Div. 2d Dep’t 2008) (“La negligencia profesional es la cuestión de fondo cuando se realiza una operación o un procedimiento sin el consentimiento informado del paciente con respecto a los riesgos que aquellos suponen. La agresión física es la causa de la demanda cuando el paciente no ha dado su consentimiento para que se realice la operación o el procedimiento.”) (Se han omitido las citas internas); *Spinosa v. Weinstein*, 571 N.Y.S.2d 747, 753 (App. Div. 2d Dep’t 1991) (“Estamos de acuerdo en que se puede sostener una demanda por amenazas y agresión física en ‘situaciones que no son urgentes que no incluyen ningún consentimiento’.”) (Se omitieron las citas); *Romatoski v. Hitzig*, 643 N.Y.S.2d 686, 689 (App. Div. 3d Dep’t 1996) (“Cuando se presta tratamiento médico con el consentimiento propiamente dicho del paciente, toda presunta falta de consentimiento constituye negligencia profesional y no

un agravio intencional de amenazas y agresión física”)

¹¹ Véase *Cruzan v. Dir., Mo. Dep’t of Health*, 497 U.S. 261 (1990) (Una persona competente tiene el derecho constitucional de negarse a recibir un tratamiento médico no deseado). Tenga en cuenta que, debido a que la mayoría de los menores de edad no tiene la facultad legal independiente para dar su consentimiento para recibir tratamiento de soporte vital, tampoco tiene la facultad legal independiente para negarse a ello. Véase N.Y.S. Dep’t of Health, *MOLST/Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, Legal Requirements Checklist for Minor Patients and Glossary 1* (1 de diciembre de 2010) (donde se exponen las excepciones para los menores emancipados, pero se establece la siguiente regla general: “Los padres de un paciente menor de edad tienen la facultad para tomar decisiones en nombre del menor con respecto a todo tratamiento de soporte vital, incluidas las decisiones de mantener o retirar el tratamiento de soporte vital. El paciente menor de edad también debe dar su consentimiento si tiene capacidad para tomar decisiones.”); https://www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/docs/checklist_minor.pdf; N.Y.S. Dep’t of Health, Bureau of EMS Policy Statement 99-09, *Patients Care and Consent for Minors* (noviembre de 1999) (donde se describen las excepciones para los menores emancipados y los menores que otorgan su consentimiento para determinados tipos de servicios, pero se establece el protocolo general para los tratamientos médicos de emergencia [EMT, por sus siglas en inglés] según los siguientes criterios: “Toda persona que es legalmente menor de edad no puede dar su consentimiento efectivo/ consentimiento informado para recibir tratamiento y, en consecuencia, tampoco puede negarse a recibir tratamiento”), <https://www.health.ny.gov/professionals/ems/policy/99-09.htm>.

¹² Véase N.Y. Pub. Health Law § 2994-c (McKinney 2017).

¹³ Las leyes de Nueva York reconocen varios privilegios de la relación entre médico y paciente, que generalmente evitan que los médicos se vean obligados a dar testimonio sobre los secretos del paciente. N.Y. C.P.L.R. §§ 4504(a), 4507, 4508, 4510 (McKinney 2017). Estos privilegios se aplican cuando: (1) se ha establecido una relación entre el médico y el paciente; (2) la información se ha obtenido en el transcurso del tratamiento, y (3) la información era necesaria para el tratamiento. Véase *Hughson v. St. Francis Hosp.*, 463 N.Y.S.2d 224, 229 (App. Div. 2d Dep’t 1983). Además, un profesional de atención médica que divulga comunicaciones confidenciales sin el consentimiento previo del paciente es culpable de falta de ética profesional. 8 N.Y.C.R.R. § 29.1(b)(8) (2017) (“El comportamiento contrario a la ética profesional (...) incluirá (...) revelar circunstancias, datos o información de carácter personal obtenidos en virtud de la profesión, sin el consentimiento previo del paciente o cliente, excepto cuando lo autorice o lo exija la ley (...).”); N.Y. Educ. Law § 6509(9) (McKinney 2017) (donde se establece que todo comportamiento contrario a la ética profesional se considera una falta de ética profesional). A menos que la ley exija lo contrario, el proveedor de atención médica que comete una falta de ética profesional al divulgar información confidencial puede estar sujeto a sanciones profesionales y legales. Para obtener un análisis más detenido de la obligación de confidencialidad de un proveedor, las consecuencias del incumplimiento de esta obligación y las excepciones a la regla general de confidencialidad, véase a *continuación* la Sección III.

¹⁴ N.Y. Pub. Health Law § 2504(2) (McKinney 2017) (“Toda persona que (...) ha dado a luz un niño puede dar su consentimiento efectivo para que su hijo reciba servicios médicos, odontológicos,

de salud y hospitalarios”) Salvo en determinadas circunstancias descritas en este folleto, los menores pueden recibir tratamiento médico solo con el consentimiento de sus padres o tutores. Véase *Sombrotto v. Christiana W.*, 852 N.Y.S.2d 57 (App. Div. 1st Dep’t 2008) (donde se revoca la resolución que autorizaba la administración de medicamentos psicotrópicos a un paciente menor de edad por encima de la objeción de los padres y donde se revisa el fundamento y las limitaciones del derecho de los padres para controlar la atención médica de sus hijos menores de edad); *Alfonso v. Fernandez*, 606 N.Y.S.2d 259, 262 (App. Div. 2d Dep’t 1993) (donde se reconoce la regla de jurisprudencia que exige el consentimiento de los padres para proporcionar servicios médicos a un menor); *T.D. v. N.Y.S. Office of Mental Health*, 650 N.Y.S.2d 173, 191–93 (1st Dep’t 1996) (donde se revocan las recomendaciones que permitían la investigación médica en niños sin el consentimiento de los padres o tutores); a propósito de *AB*, 768 N.Y.S.2d 256, 270 (Sup. Ct. 2003) (donde se reconoce el derecho de los padres para disponer o rechazar el tratamiento para sus hijos menores de edad).

El padre que otorga el consentimiento generalmente es aquel con el que el niño tiene una relación cercana continua. Sin embargo, algunas veces surgen dudas con respecto a la suficiencia legal del consentimiento de un padre biológico con el que el menor no tiene una relación real. Cuando no hay una causa directamente similar, la jurisprudencia análoga sugiere que el profesional de atención médica sea receloso de confiar en ese consentimiento. Véase *Hodgson v. Minnesota*, 497 U.S. 417, 437–44 (1990) (donde se detallan los daños de exigir el consentimiento de ambos padres para un aborto, especialmente en familias en las que uno de los padres ha estado ausente durante mucho tiempo); véase también *Lehr v. Robertson*, 463

U.S. 248, 261–62, 266–67 (1983) (donde se sostiene que un padre soltero no tiene derecho a ser notificado y a dar consentimiento para la adopción de su hijo biológico, a menos que haya aprovechado las oportunidades disponibles para desarrollar vínculos parentales con el niño). El profesional médico debe consultar a un abogado o a la NYCLU si se le presenta un caso en el que un paciente menor de edad pretende basarse en el consentimiento de un padre por lo demás ausente para autorizar la atención médica.

¹⁵ 18 N.Y.C.R.R. 441.22(d) (2017) (“Antes de admitir para atención médica a un niño de acogida en casos de colocación voluntaria (...) debe solicitarse la autorización escrita de los padres o tutores legales del menor para las evaluaciones médicas y/o psicológicas de rutina, las vacunas y el tratamiento médico, y para la atención médica o quirúrgica de urgencia en caso de que no se puede ubicar a los padres o al tutor en el momento en que es necesario proporcionar esa atención. Dicha autorización debe volverse parte permanente de la historia clínica del niño”)

¹⁶ 18 N.Y.C.R.R. 441.22(d) (2017).

¹⁷ Véase, por ejemplo, a propósito de *Storar*, 52 N.Y.2d 363, 380 (1981) (donde se interpreta que N.Y. Pub Health Law § 2504(2) autoriza “a los padres o tutores (...) a otorgar consentimiento para el tratamiento médico en nombre de un bebé”), *reemplazada por ley según otros fundamentos*, N.Y. Surr. Ct. Proc. Act § 1750-b(1) (McKinney 2017) (donde se permite que los tutores de los adultos con discapacidades intelectuales rechacen o retiren el tratamiento de soporte vital); véase también N.Y. Pub. Health Law § 2442 (McKinney 2017) (donde se exige el consentimiento de los padres o tutores legales para poder incluir a un menor en un protocolo de investigación médica).

- ¹⁸ N.Y. Pub. Health Law § 2504(2) (McKinney 2017); N.Y. Gen. Oblig. Law § 5-1551 (McKinney 2017).
- ¹⁹ N.Y. Soc. Serv. Law § 383-b (McKinney 2017); véase también 18 N.Y.C.R.R. § 507.1(a) (2017) (donde se exige que el distrito local de servicios sociales proporcione “servicios médicos integrales a los niños en cuidado de acogida”); 18 N.Y.C.R.R. 441.22(f), (g) (2017) (donde se detallan los servicios que se proporcionarán). Pero véase a propósito de *Martin F.*, 820 N.Y.S.2d 759, 772 (Fam. Ct. 2006) (que invalida lo dispuesto en N.Y. Soc. Serv. Law § 383-b en tanto esta permita al gobierno autorizar la administración de medicamentos psicotrópicos a un niño pequeño en cuidado de acogida sin el consentimiento de los padres); a propósito de *Lyle A.*, 830 N.Y.S.2d 486 (Fam. Ct. 2006) (donde se exige que los proveedores de atención médica obtengan una resolución judicial antes de administrar medicamentos psicotrópicos a un niño en cuidado de acogida contra los deseos de los padres del niño).
- ²⁰ N.Y. Pub. Health Law § 2504(5) (McKinney 2017). Los cuidadores distintos de los padres, tutores o tutores legales, no obstante, no pueden dar su consentimiento para la vacunación si esa persona tiene motivos para creer que los padres, tutores o tutores legales se opondrían a que se vacunara al niño. *Ibid.*; véase también N.Y. Pub. Health Law § 2164(1)(b) (McKinney 2017) (donde se define a la “persona en relación parental con un niño” tal como se usa en lo dispuesto en Pub. Health Law § 2504(5)).
- ²¹ N.Y. Pub. Health Law § 2305(2) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 23.1 (2017).
- ²² N.Y. Pub. Health Law § 2504(1) (McKinney 2017) (“Toda persona que (...) se haya casado puede dar su consentimiento efectivo para recibir servicios médicos, odontológicos, de salud y hospitalarios para sí misma, y no será necesario el consentimiento de ninguna otra persona”); véase también N.Y. Mental Hyg. Law § 22.11 (McKinney 2017) (donde se expone que los menores casados pueden dar su consentimiento para recibir tratamiento contra la dependencia de sustancias químicas sin la condición de que se notifique a los padres o tutores del menor). Tenga en cuenta que, de acuerdo con las leyes de Nueva York, una persona debe tener más de 18 años de edad para dar su consentimiento para casarse, y el matrimonio está prohibido para quienes tienen menos de 17 años, incluso con el consentimiento de los padres. N.Y. Dom. Rel. Law §§ 7(1), 15-a (McKinney 2017).
- ²³ N.Y. Pub. Health Law § 2504(1) (McKinney 2017) (“Toda persona que (...) sea padre o madre de un niño (...) puede dar su consentimiento efectivo para recibir servicios médicos, odontológicos, de salud y hospitalarios para sí misma, y no será necesario el consentimiento de ninguna otra persona”)
- ²⁴ N.Y. Pub. Health Law § 2504(2) (McKinney 2017) (“Toda persona que se haya casado o haya dado a luz un niño puede dar su consentimiento efectivo para que su hijo reciba servicios médicos, odontológicos, de salud y hospitalarios”)
- ²⁵ N.Y. Pub. Health Law § 2504(3) (McKinney 2017) (“Toda persona que esté embarazada puede dar su consentimiento efectivo para recibir servicios médicos, odontológicos, de salud y hospitalarios relacionados con la atención prenatal”)
- ²⁶ Véase, por ejemplo, *Colausti v. Franklin*, 439 U.S. 379, 387 (1979) (donde se citan casos que establecen “la importancia de aplicar el criterio médico correcto en el ejercicio de la opinión médica”).
- ²⁷ *Zuckerman v. Zuckerman*, 546 N.Y.S.2d 666, 668 (2d Dep’t 1989) (donde se citan los autos caratulados *Gittleman v. Gittleman*, 438 N.Y.S.2d 130, 132 (2d Dep’t 1989)); véase también *Matter of Bates v. Bates*, 310 N.Y.S.2d 26 (Fam. Ct. Westchester Cty. 1970).
- ²⁸ N.Y. Fam. Ct. Act § 413(1)(b)(2) (McKinney 2017) (“La ‘manutención’ significará una suma de dinero que pagará uno de los padres o ambos en virtud de una resolución judicial o un decreto, o conforme a un acuerdo válido entre las partes, para la atención, el cuidado y la educación de todo hijo no emancipado menor de veintiún años de edad”)
- ²⁹ *Ibid.*; véase también Merrill Sobie, Supplemental Practice Commentaries to N.Y. Fam. Ct. Act § 413, *Emancipation of the Child* (McKinney 2016) (de acuerdo con el texto de la ley) (“La emancipación del niño pone fin a la obligación de manutención por parte de los padres”) Tenga en cuenta, sin embargo, que el niño puede revertir una emancipación y recuperar el derecho a recibir el apoyo de los padres al volver a depender de ellos. *Baker v. Baker*, 11 N.Y.S.3d 370, 371 (4th Dep’t 2015) (donde se manifiesta que se puede restablecer el estado de desemancipación de un niño siempre que haya habido un cambio suficiente en las circunstancias que justifique el correspondiente cambio de estado); véase también *Hamdy v. Hamdy*, 612 N.Y.S.2d 718 (4th Dep’t 1994) (donde se resuelve que “permitir la restitución al estado de menor no emancipado es coherente con el principio legal que establece que los padres son responsables de mantener a sus hijos dependientes hasta que estos alcancen los 21 años de edad”).
- ³⁰ *Bogin v. Goodrich*, 696 N.Y.S.2d 317 (3d. Dep’t 1999) (donde se manifiesta que “se considera que los niños están emancipados si logran independencia económica a través de un empleo, ingresan en el servicio militar o
- contraen matrimonio y, además, pueden considerarse emancipados positivamente si dejan de estar bajo la supervisión y el control de los padres sin motivo alguno”). Para obtener un análisis sobre la emancipación a través de la independencia económica, véase, en términos generales, *Alice C. v. Bernard G.C.*, 602 N.Y.S.2d 623 (2d Dep’t 1993); *Eason v. Eason*, 446 N.Y.S.2d 392, 393 (2d Dep’t 1982); *Thomas B. v. Lydia D.*, 886 N.Y.S.2d 22 (1st Dep’t 2009). Para obtener un análisis sobre la emancipación a través del ingreso al servicio militar, véase, en términos generales, *Zuckerman v. Zuckerman*, 546 N.Y.S.2d 666 (2d Dep’t 1989); véase también *Crimmins v. Crimmins*, 745 N.Y.S.2d 686, 689 (Fam. Ct. Orange Cty. 2002) (donde se expone que “cuando una persona joven presta servicio activo para nuestro país, está en ‘estado de emancipación’”). Pero véase *Fausser v. Fausser*, 271 N.Y.S.2d 59, 61 (Fam. Ct. Nassau Cty. 1966) (que sostiene que un menor puede desemanciparse una vez finalizado el servicio militar cuando vuelve a depender de sus padres). Para obtener un análisis sobre la emancipación a través del matrimonio, véase *Henry v. Boyd*, 473 N.Y.S.2d 892 (4th Dep’t 1984); *Cochran v. Cochran*, 196 N.Y. 86 (2d Dep’t 1909); *Bach v. Long Island Jewish Hosp.*, 267 N.Y.S.2d 289 (Sup. Ct. Nassau Cty. 1966). Para obtener un debate sobre la emancipación constructiva por dejar de estar bajo la supervisión y el control de los padres, véase, en términos generales, a propósito de *Roe v. Doe*, 29 N.Y.2d 188 (1971); *Kershaw v. Kershaw*, 701 N.Y.S.2d 739 (3d Dep’t 2000); *Matter of Ogborn v. Hiltz*, 701 N.Y.S.2d 759 (3d Dep’t 2000); *Foster v. Diagle*, 809 N.Y.S.2d 228 (3d Dep’t 2006); *Labanowski v. Labanowski*, 772 N.Y.S.2d 734 (3d Dep’t 2004); véase también Merrill Sobie, Supplemental Practice Commentaries to N.Y. Fam. Ct. Act § 413, *Emancipation of the Child* (McKinney 2016) (de acuerdo con el texto de la ley) (“[La doctrina de [autoemancipación] se

aplica casi exclusivamente solo cuando el niño ha alcanzado la mayoría de edad (18 años).”; véase también N.Y.S. Unified Court Sys., *Child and/or Spousal Support Frequently Asked Questions* (“También se puede considerar que un menor está ‘emancipado’ si tiene entre 17 y 21 años de edad, abandona el hogar paterno y se niega a obedecer órdenes razonables de los padres”), https://www.nycourts.gov/courts/nyc/family/faqs_support.shtml.

³¹ Entrevista telefónica con Michael Williams, abogado miembro del personal de The Door (12 de junio de 2017). Véase el sitio web de The Door para obtener más información: <http://www.door.org/>.

³² *Ibid.*

³³ *Ibid.*

³⁴ N.Y. Correct. Law § 140(2) (McKinney 2017). La definición del tratamiento de salud mental de rutina excluye la administración de medicamentos psiquiátricos a menos que sea parte de un plan de salud mental continuo o que esté de otro modo autorizada por ley. *Ibid.* Para obtener más información sobre los servicios de salud mental que un menor está autorizado a otorgar conforme a la ley, véase a continuación la Sección IV (Asesoramiento psicológico y servicios de salud mental).

³⁵ N.Y. Pub. Health Law § 2505-a (McKinney 2017).

³⁶ N.Y. Penal Law § 70.20(1)(b) (McKinney 2017); N.Y. Correct. Law § 140(1) (McKinney 2017).

³⁷ N.Y. Penal Law § 70.20(1)(c) (McKinney 2017); N.Y. Correct. Law § 140(1) (McKinney 2017).

³⁸ N.Y. Penal Law § 70.20(1)(d) (McKinney 2017); N.Y. Correct. Law § 140(3) (McKinney 2017).

³⁹ N.Y. Correct. Law § 140(4) (McKinney 2017); N.Y. Penal Law § 70.20(1)(e) (McKinney 2017).

⁴⁰ N.Y. Fam. Ct. Act § 355.4 (McKinney 2017).

⁴¹ Doriane Lambelet Coleman & Philip M. Rosoff, *The Legal Authority of Mature Minors to Consent to General Medical Treatment*, 131 *Pediatrics* 786, 790-91 (2013) (Tabla 1: donde se enumeran los estados que tienen doctrinas judiciales o en virtud de la ley con respecto a los menores maduros), <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/4/786>.

⁴² *A propósito de Application of Long Island Jewish Med. Ctr.*, 557 N.Y.S.2d 239, 243 (Sup. Ct. Queens Cty. 1990) (donde se analiza la doctrina del “menor maduro” en el contexto de un paciente de casi 18 años de edad que tenía cáncer, y que se comprueba que carecía de la madurez necesaria para negarse a recibir transfusiones de sangre que le salvarían la vida, y donde se recomienda “que el poder legislativo o los tribunales de apelación analicen seriamente la doctrina del ‘menor maduro’ y establezcan si corresponde a una ley reglamentaria o a la jurisprudencia en el estado de Nueva York”).

⁴³ Véase, por ejemplo, Am. Med. Ass’n Council on Ethical and Judicial Affairs, Amendment to E-5.055 (Resolution 1-A-12), “Confidential Care for Minors”, (2013) (donde se expone que “la atención confidencial de los adolescentes es fundamental para mejorar la salud del paciente y, si bien, en general, se debería fomentar la participación de los padres en la salud de los niños, el consentimiento de los padres no debería actuar como barrera para la atención médica necesaria” y “los médicos siempre deben permitir que los menores competentes den su consentimiento para la atención médica, notificando a los padres solamente con el consentimiento del paciente”), <https://www.ama-assn.org/sites/>

<default/files/media-browser/public/about-ama/councils/Council%20Reports/council-on-ethics-and-judicial-affairs/ceja-3a13.pdf>; véase también Am. Med. Ass’n, *Code of Medical Ethics’ Opinion on Adolescent Care*, *Opinion 5.055 – Confidential Care for Minors*, *Journal of Ethics*, Vol. 16, No. 11: 901-902 (noviembre de 2014) (donde se aprueba una enmienda a la resolución E-5.055, que establece que “los médicos que proporcionan tratamiento a menores de edad tienen la obligación ética de promover la autonomía de los pacientes menores de edad, haciéndolos partícipes del proceso de toma de decisiones médicas en una medida proporcional a sus capacidades”), <http://journalofethics.ama-assn.org/2014/11/coet1-1411.html>; Am. Acad. of Pediatrics, *Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice*, *Pediatrics*, Vol. 138, No. 2 (agosto de 2016) (donde se manifiesta que “la doctrina del menor maduro reconoce que existe un subgrupo de adolescentes que tienen la madurez y la inteligencia adecuadas para comprender y valorar los beneficios, los riesgos, la posibilidad de éxito y las alternativas de una intervención, y que pueden razonar y elegir voluntariamente. La mayoría de los estados tienen estatutos sobre menores maduros, en los cuales la edad del menor, su madurez general, sus capacidades cognitivas y su situación social, así como la gravedad de su situación médica, se tienen en cuenta para tomar una resolución judicial, con lo que se llega a la conclusión de que un menor, de otro modo legalmente incompetente, es lo suficientemente maduro para tomar una decisión vinculante y otorgar su propio consentimiento para recibir atención médica.”); <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/07/21/peds.2016-1485>.

⁴⁴ Las leyes estatales garantizan la confidencialidad de la información médica. 8 N.Y.C.R.R. § 29.1(b)(8) (2017)

(donde se revela que la información personal obtenida en virtud de la profesión, sin el consentimiento previo del paciente, constituye una falta de ética profesional). Los psicólogos, trabajadores sociales y demás consejeros de salud mental se encuentran entre los profesionales “autorizados, certificados o registrados conforme al título VIII de la Ley de Educación” y, por lo tanto, están obligados por las reglas de confidencialidad. 8 N.Y.C.R.R. § 29.1(b)(8) (2017); *ibid.* §§ 29.12, 29.15, 29.16. Además, la Declaración de derechos de los pacientes hospitalarios exige la confidencialidad de toda la información y los registros relacionados con la atención. 10 N.Y.C.R.R. § 405.7(c)(13) (2017). Además, las leyes de Nueva York establecen privilegios testimoniales que protegen la información o las comunicaciones confidenciales que el paciente o cliente proporciona a los proveedores médicos, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros de atención a las víctimas de violación. N.Y. C.P.L.R. 4504 (McKinney 2017) (“A menos que el paciente renuncie al privilegio, toda persona autorizada a ejercer como médico, enfermero profesional, auxiliar de enfermería, dentista, podólogo o quiropráctico no tendrá permitido divulgar información que haya obtenido en la atención de un paciente en virtud de su profesión, y que fue necesaria para permitirle actuar como tal”), 4507 (“Las relaciones y comunicaciones confidenciales entre un psicólogo registrado conforme a lo dispuesto en el artículo ciento cincuenta y tres de la ley de educación y su cliente tienen los mismos fundamentos que aquellas previstas por la ley entre un abogado y su cliente, y no debe interpretarse que ninguna parte de ese artículo exige que se divulguen tales comunicaciones privilegiadas.”), 4508 (“Toda persona registrada como licenciado en trabajo social o trabajador social clínico conforme a lo dispuesto en el artículo ciento cincuenta y cuatro de la ley de

educación no estará obligado a divulgar lo comunicado por un cliente, ni el consejo dado al respecto, en el desempeño de su trabajo profesional...”), 4510 (“Un consejo de atención a las víctimas de violación no estará obligado a divulgar lo comunicado por su cliente, ni el consejo dado al respecto, en la prestación de sus servicios...”).

Además, las leyes federales y estatales exigen el consentimiento de un paciente o de otra persona competente antes de que se pueda compartir la información médica. 45 C.F.R. § 164.508 (2017) (donde se exige la autorización del paciente para la divulgación de la información médica); 10 N.Y.C.R.R. 300.5(a) (2017) (donde se exige la autorización del paciente o de otra persona pertinente para el uso compartido de las historias clínicas electrónicas entre las entidades de atención médica); N.Y. Statewide Collaboration Process, *Privacy and Security Policies and Procedures for Qualified Entities and Their Participants in New York State under 10 N.Y.C.R.R. § 300.3(b)(f)* § 1.1 (versión 3.4, junio de 2017) (donde se exige el consentimiento afirmativo del paciente para el uso compartido de la información médica electrónica entre las entidades de atención médica), https://www.health.ny.gov/technology/regulations/shin-ny/docs/privacy_and_security_policies.pdf.

⁴⁵ Las reglamentaciones dictadas en virtud de la Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) prevén que un menor es la “persona” investida con la facultad de otorgar o negar su consentimiento para la divulgación de la información médica cuando “el menor da su consentimiento para recibir ese servicio de atención médica; no se exige por ley ningún otro consentimiento para tal servicio de atención médica, independientemente de que también se haya obtenido el consentimiento de otra persona; y el menor no haya solicitado que se trate a esa persona [los padres o

tutores] como representante personal [quien actúa en nombre del menor]”. 45 C.F.R. § 164.502(g)(3)(i)(A) (2017).

⁴⁶ 45 C.F.R. 164.502(g)(3)(i)(C) (2017).

⁴⁷ 10 N.Y.C.R.R. 300.1(h) (2017); véase también 10 N.Y.C.R.R. § 300.5(b)(4) (2017).

⁴⁸ 10 N.Y.C.R.R. 300.5(b)(3)(ii) (2017). Aunque protegen “información del paciente con consentimiento del menor” de ser divulgada a los padres, las reglamentaciones de Nueva York les otorgan a esos mismos padres el derecho a autorizar la divulgación de esa información a las entidades que participan en la Red Estatal de Información Médica, a menos que el menor esté emancipado o que “las leyes o reglamentaciones federales exijan la autorización del menor”. 10 N.Y.C.R.R. 300.5(b)(3)(i) (2017). Para obtener un análisis más detallado de esta reglamentación, véase a continuación las notas 97 a 100 y el texto asociado.

⁴⁹ Las reglamentaciones federales de la HIPAA, a su vez, prevén que, cuando las leyes estatales u otras leyes otorgan o niegan de manera expresa a los padres el acceso a la información médica del paciente, esa ley prevalece independientemente de quién haya dado su consentimiento para el tratamiento en cuestión. 45 C.F.R. § 164.502(g)(3)(ii)(A), (B) (2017). Debido a que los proveedores de atención médica que participan en la Red Estatal de Información Médica para Nueva York tienen expresamente prohibido compartir información médica sobre los pacientes menores de edad con sus padres cuando el menor dio su consentimiento para recibir el servicio que es objeto de la información, un incumplimiento de la regla estatal también constituiría una falta a la regla federal.

⁵⁰ 45 C.F.R. §§ 160.400 a 160.506 (2017).

⁵¹ N.Y. Statewide Collaboration Process, *Oversight & Enforcement Policies and Procedures for QEs* § 2.1.1 (versión 1.2.1, marzo de 2016), https://www.health.ny.gov/technology/regulations/shin-ny/docs/oversight_and_enforcement_policies.pdf.

⁵² Todo comportamiento contrario a la ética profesional, véase 8 N.Y.C.R.R. § 29.1 (2017), se considera una falta de ética profesional, N.Y. Educ. Law §§ 6509(9) (McKinney 2017). La falta de ética profesional es susceptible de castigo con llamadas de atención, suspensión o revocación de una licencia, multas y otras sanciones. *Ibid.* § 6511.

⁵³ Véase, por ejemplo, *Burton v. Matteliano*, 916 N.Y.S.2d 438, 440-41 (App. Div. 4th Dep’t 2011); *MacDonald v. Clinger*, 446 N.Y.S.2d 801, 802 (App. Div. 4th Dep’t 1982).

⁵⁴ N.Y. Pub. Health Law § 18(2)(c) (McKinney 2017). La ley federal refuerza el hecho de que imperan las prohibiciones de las leyes estatales sobre la divulgación de la información médica. 45 C.F.R. 164.502(g)(3)(ii)(B) (2017) (“Si, y en la medida en que, lo prohíbe una disposición vigente de las leyes estatales o de otra ley, incluida la jurisprudencia vigente, una entidad cubierta no puede divulgar, ni proporcionar acceso (...), a la información médica protegida sobre un menor no emancipado a sus padres, tutores u otra persona que actúe *in loco parentis*”) Asimismo, incluso si uno de los padres dio su consentimiento para la atención, las reglamentaciones federales permiten (pero no exigen) que el proveedor de atención médica le niegue al padre el acceso a la información si el proveedor determina, en el ejercicio de su opinión profesional, que ese acceso “probablemente provocará un daño considerable al menor o a otra persona”. 45 C.F.R. 164.524(a)(3)(iii) (2017).

⁵⁵ N.Y. Pub. Health Law § 18(3)(c) (McKinney 2017).

⁵⁶ 45 C.F.R. 164.502(g)(5) (2017).

⁵⁷ 45 C.F.R. 164.502(g)(3)(i)(C) (2017).

⁵⁸ Esto incluye a los empleados que trabajan junto con el profesional de atención médica o como representantes de este; por ejemplo, los recepcionistas. Véase *Desai v. Blue Shield of Northeastern N.Y.*, 540 N.Y.S.2d 569, 571 (App. Div. 3d Dep’t 1989); *People v. Mirque*, 758 N.Y.S.2d 471, 474 (Crim. Ct. Bronx Cty. 2003). Las reglas de confidencialidad se aplican a otros tipos de personas en determinadas situaciones. Por ejemplo, los trabajadores de servicios sociales están entre las personas que tienen prohibido divulgar información confidencial relacionada con el VIH. Véase a continuación las notas 145 y 146 y el texto asociado.

⁵⁹ Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), 20 U.S.C. §§ 1232g(a)(1)(A), (B) (2017) (que exige que las escuelas que reciben fondos federales otorguen a los padres el derecho a “inspeccionar y revisar los registros académicos de sus hijos”); N.Y. Educ. Law § 2-d(3)(b)(2) (McKinney 2017) (“Los padres tienen derecho a inspeccionar y revisar el contenido completo de los registros académicos de sus hijos”)

⁶⁰ FERPA, 20 U.S.C. § 1232g(a)(4)(A) (2017).

⁶¹ *Owasso Indep. Sch. Dist. v. Falvo*, 534 U.S. 426, 433 (2002).

⁶² Véase, por ejemplo, N.Y. Educ. Law §§ 901, 903-905 (McKinney 2017) (que exige exámenes y certificados médicos y odontológicos como condición para la inscripción y la conservación de los registros relacionados en los expedientes escolares); 8 N.Y.C.R.R. § 136.3(a)(2) (2017) (“Será responsabilidad de los directivos y los consejos de educación (...) excepto cuando de otro modo lo prohíba la ley,

informar, por escrito, a los padres, o a otras personas en relación parental con cada estudiante, con respecto al cual algún aspecto del programa total de salud escolar indica la presencia de una insuficiencia visual o auditiva, o de una discapacidad física u otra afección que podría exigir atención profesional en cuestiones de salud...”). A pesar del sentido amplio de este requisito reglamentario, los tribunales han interpretado que se aplica solamente a los registros de exámenes médicos obligatorios. *Port Washington Teachers' Ass'n v. Bd. of Educ.*, 478 F.3d 494, 501 n.3 (2d Cir. 2007) (donde se subraya que los tribunales de Nueva York han limitado el alcance de la reglamentación a la exigencia de notificación a los padres de los resultados de las pruebas de la vista, el oído y la anemia de células falciformes, que son obligatorias en virtud de la legislación sustantiva, N.Y.Educ. Law § 904) (donde se citan los autos caratulados *Bello v. Bd. of Educ.*, 527 N.Y.S.2d 924 (4th Dep't 1988)).

⁶³ Véase *Owasso*, 534 U.S. p. 433–34. Si bien la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés) exige de divulgación los registros que permanecen “en posesión exclusiva del autor de los mismos y a los cuales no se puede acceder ni revelar a otra persona, excepto a un suplente”, 20 U.S.C. § 1232g(a)(4)(B)(i) (2017), esta exención puede tener una utilidad limitada. Los registros médicos a menudo se comparten con otras personas distintas del profesional que los elabora. Además, otra disposición exige expresamente de la divulgación a los padres los registros de tratamientos médicos de los estudiantes que tienen más de 18 años o que asisten a instituciones educativas terciarias. 20 U.S.C. § 1232g(a)(4)(B)(iv) (2017). Esta disposición supone que, en general, los padres pueden obtener acceso a los registros médicos de los menores que tienen menos de 18 años o que todavía no reciben educación terciaria.

⁶⁴ 42 U.S.C. 290dd-2 (2017). Observe, no obstante, que esta ley precede en el tiempo a la FERPA y que ningún tribunal ha decidido qué ley prevalece en caso de conflicto sobre si la divulgación a los padres es obligatoria o está prohibida.

⁶⁵ 42 U.S.C. 290dd-2(b) (2017).

⁶⁶ El concepto de libertad personal fundado en la Cláusula del debido proceso de la Decimocuarta Enmienda a la Constitución de los Estados Unidos genera el derecho federal a la privacidad contra la divulgación pública de los asuntos privados de una persona por parte del gobierno. *Whalen v. Roe*, 429 U.S. 589, 598–60 y notas. 23–26 (1977) (donde se citan los autos caratulados *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113, 152–153 (1973)). Véase, por ejemplo, *Sterling v. Minersville*, 232 F.3d 190, 194–96 (3d Cir. 2000) (donde se sostiene que la divulgación de la orientación sexual de una persona por parte de un agente de policía constituiría una falta al derecho constitucional a la privacidad de esa persona cuando no haya un interés gubernamental “genuino, legítimo y apremiante” con respecto a su divulgación) (donde se citan los autos caratulados *Doe v. Southeastern Pa. Transp. Auth.*, 72 F.3d 1133, 1141 (3d Cir.1995)); *Gruenke v. Seip*, 225 F.3d 290, 302–03 (3d Cir. 2000) (donde se sostiene que un profesor de gimnasia de una escuela pública que obligó a una estudiante a realizarse una prueba de embarazo y no mantuvo la confidencialidad con respecto a la prueba no respetó los derechos a la privacidad de la estudiante en virtud de la Decimocuarta Enmienda). Además, las diversas profesiones tienen normas éticas que pueden orientarlos a evitar la divulgación. Véase, por ejemplo, Nat'l Ass'n of Soc. Workers, *NASW Standards for the Practice of Social Work with Adolescents* 15–16 (Norma 8 – Confidencialidad: “Los trabajadores sociales deberán garantizar protecciones adecuadas para la privacidad y confidencialidad de sus relaciones con

los jóvenes”), http://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=rUt4ybE_GW4%3d&portalid=0; Nat'l Educ. Ass'n, *Code of Ethics* (Principio 1 – Compromiso con el estudiante: “El educador (...) no divulgará información sobre los estudiantes obtenida en la prestación de servicios profesionales a menos que la divulgación sirva para un fin profesional apremiante o cuando lo exija la ley”), <http://www.nea.org/home/30442.htm>.

⁶⁷ 8 N.Y.C.R.R. § 29.1(b)(8) (2017); N.Y. Educ. Law §§ 6509–6511 (McKinney 2017); *Burton*, 916 N.Y.S.2d p. 440–41; *MacDonald*, 446 N.Y.S.2d p. 802.

⁶⁸ FERPA, 20 U.S.C. § 1232g(b)(2)(A) (2017).

⁶⁹ Véase *Port Washington Teachers' Ass'n v. Bd. of Educ.*, 478 F.3d 494, 502 (2d Cir. 2007) (donde se desestima, por falta de reputación, el desafío de las organizaciones sindicales de trabajadores sociales y maestros a lo que el tribunal caracterizó como una política de distrito no obligatoria que aconsejaba a los trabajadores sociales de las escuelas informar sobre los embarazos de las estudiantes a los padres; se caracteriza como “dictamen” la resolución del tribunal de primera instancia que respalda la política).

⁷⁰ Además de las obligaciones de informar analizadas en esta sección, las leyes y reglamentaciones de Nueva York también ordenan que se informen las enfermedades contagiosas, N.Y. Pub. Health Law § 2101 (McKinney 2017); estadísticas demográficas, N.Y. Pub. Health Law, Article 41 (McKinney 2017); mordeduras de animales rabiosos, 10 N.Y.C.R.R. § 2.14 (2017); malformaciones congénitas, N.Y. Pub. Health Law § 2733 (McKinney 2017); envenenamiento por plomo, N.Y. Pub. Health Law § 1370-a(c) (McKinney 2017); envenenamiento por pesticidas, 10 N.Y.C.R.R. §§ 22.11–12 (2017); enfermedad y lesión por radiación, 10 N.Y.C.R.R. § 16.9(c) (2017)

y ojos inflamados dentro de las dos semanas de nacimiento, N.Y. Pub. Health Law § 2502 (McKinney 2017).

⁷¹ Véase, por ejemplo, Am. Coll. of Obstetricians & Gynecologists, *Comm. on Adolescent Health Care*, *Comm. Op. No. 599, Adolescent Confidentiality and Electronic Health Records* (mayo de 2014, ratificado en 2016) (donde se recomienda que los proveedores de atención médica informen a los padres y adolescentes que la información que cada uno comparte se tratará de manera confidencial, e informarlos sobre cualquier restricción sobre la naturaleza confidencial de la relación), <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Adolescent-Health-Care/Adolescent-Confidentiality-and-Electronic-Health-Records; Confidential Health Care for Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine>, 35 J. Adolescent Health 160, 164 (2004) (donde se aconseja a los profesionales analizar con los pacientes menores de edad las circunstancias que podrían derivar en incumplimientos de la confidencialidad), https://www.adolescenthealth.org/SAHM_Main/media/Advocacy/Positions/Aug-04-Confidential_Health_Care_for_Adolescents.pdf.

⁷² Los siguientes profesionales que trabajan con personas jóvenes son denunciantes por mandato: médicos (incluidos cirujanos, residentes e internos) y auxiliares médicos profesionales; enfermeros profesionales; paramédicos; profesionales de salud mental (incluidos psicólogos, consejeros especializados en tratamiento del alcoholismo y la drogadicción); otros profesionales de la salud (incluidos dentistas e higienistas dentales, podólogos, osteópatas, optómetras, quiroprácticos y practicantes de la ciencia cristiana; personal hospitalario

que participa en el ingreso, los exámenes, la atención o el tratamiento del paciente; funcionarios escolares (incluidos maestros, entrenadores, consejeros estudiantiles y directores); trabajadores de servicios sociales; empleados o voluntarios de determinados centros de residencia asistida, trabajadores de cuidado de niños y de cuidado de acogida; agentes del orden (incluidos agentes de policía, agentes del orden público, fiscales de distrito, fiscales auxiliares e investigadores empleados por la oficina del fiscal de distrito). N.Y. Soc. Serv. Law § 413(1) (McKinney 2017). En consecuencia, si alguno de estos profesionales, en el ejercicio de sus obligaciones oficiales, obtiene información que genera la sospecha justificada de que un cuidador le está haciendo daño a un menor, el profesional debe informar su sospecha al Registro Central del Estado.

⁷³ El término tutor incluye a toda persona que, de manera continua o regular, se encuentra en el mismo hogar que el niño y cuya conducta provoca o contribuye al abuso o abandono del niño. N.Y. Soc. Serv. Law § 412(3) (McKinney 2017); N.Y. Fam. Ct. Act § 1012(g) (McKinney 2017).

⁷⁴ N.Y. Soc. Serv. Law § 413(1)(a) (McKinney 2017).

⁷⁵ N.Y. Soc. Serv. Law § 413(1)(b) (McKinney 2017).

⁷⁶ N.Y. Soc. Serv. Law § 412(1) (McKinney 2017); N.Y. Fam. Ct. Act § 1012(e) (McKinney 2017). Conforme a estas leyes, un cuidador comete abuso si (1) provoca o permite que se provoque una lesión corporal no accidental que origina un riesgo considerable de daño físico o emocional grave; o (2) crea o permite la creación de un riesgo considerable de lesión física que probablemente derivará en un daño físico o emocional grave; o (3) comete o permite que se cometa un delito sexual contra el menor.

⁷⁷ Los padres, tutores legales, tutores u otras personas responsables del cuidado de un menor cometen abandono infantil cuando no ejercen un grado mínimo de cuidado, y de ese modo provocan, permiten o crean un riesgo considerable de daño físico o emocional al niño, o cuando abandonan a un niño. N.Y. Soc. Serv. Law § 412(2) (McKinney 2017); N.Y. Fam. Ct. Act § 1012(f) (McKinney 2017).

⁷⁸ El término “permitir” en el contexto del abandono infantil pretende referirse a los padres o cuidadores legales que sabían o “deberían haber sabido acerca del abuso y no ejercieron el grado mínimo de cuidado para prevenirlo o detenerlo”. *Nicholson v. Scopetta*, 787 N.Y.S.2d 196, 203 (Ct. App. 2004) (donde se sostiene que se puede declarar que una madre golpeada ha abandonado a sus hijos “no porque ella sea víctima de violencia doméstica ni porque sus hijos fueron testigos del abuso, sino porque la preponderancia de las pruebas establece que los niños sufrieron daños reales o inminentes por no haber ejercido la madre siquiera el grado mínimo de cuidado proporcionándoles la supervisión adecuada”); *ibid.* p. 302 (“Los tribunales deben evaluar objetivamente el comportamiento de los padres: si un padre razonable y prudente ha actuado de tal manera, o no lo ha hecho, en las circunstancias de tiempo y lugar existentes”) (se omitieron las citas); véase también a propósito de *Christina P.*, 713 N.Y.S.2d 743 (2d Dep’t 2000) (donde se llega a la conclusión de que una madre ha abandonado a su hija al no protegerla contra el abuso sexual por parte del amante de la madre, situación sobre la cual la madre sabía o debería haber sabido); a propósito de *Katherine C.*, 471 N.Y.S.2d 216, 219 (Fam. Ct. Richmond Cty. 1984) (en los mismos términos).

⁷⁹ N.Y. Soc. Serv. Law § 420 (McKinney 2017) (donde se presentan las sanciones penales y civiles para un denunciante por mandato que, deliberadamente, no realiza una denuncia). Todo denunciante

por mandato que tiene motivos para sospechar que está ante un caso de abuso infantil, pero que no está seguro de que las circunstancias que rodean al caso cumplan con la definición legal de abuso, debe, no obstante, entablar una denuncia y dejar que el Registro tome una resolución legal. *Kimberly S.M. v. Bradford Cent. Sch.*, 649 N.Y.S.2d 588, 591 (App. Div. 4th Dep’t 1996) (donde se sostiene que todo maestro, por ser un denunciante por mandato, “está obligado a denunciar presuntos casos de abuso sexual infantil en función de los hechos y las circunstancias que estén dentro del conocimiento del denunciante al momento en que se presume el abuso, y puede ser considerado responsable de un incumplimiento de esa obligación incluso cuando podría determinarse, en última instancia, que el abuso no fue cometido ni permitido por una ‘persona legalmente responsable’ del menor.”)

⁸⁰ N.Y. Soc. Serv. Law § 419 (McKinney 2017) (donde se exige de responsabilidad a los denunciadores por mandato por realizar denuncias si actuaron de buena fe; en función de la presunción de buena fe de quienes actúan dentro del alcance de su empleo y sin falta de ética profesional ni negligencia grave). Véase, por ejemplo, *Rine v. Chase*, 765 N.Y.S.2d 648 (App. Div. 2d Dep’t 2003) (donde se ratifica la absolución de la demanda contra un trabajador social que realizó denuncias de abuso infantil, que más tarde resultaron no estar confirmadas en función de las declaraciones que hicieron los niños en terapia); *Kempster v. Child Protective Servs.*, 515 N.Y.S.2d 807 (App. Div. 2d Dep’t 1987) (donde se desestima una demanda contra un hospital por realizar una denuncia de abuso infantil, que más tarde resultó no estar confirmada, en función de heridas sospechosas en un bebé de 14 meses). Los tribunales han reconocido que la concesión de inmunidad pretende “fomentar la denuncia de situaciones de abuso infantil y, en consecuencia,

proporcionar mayor protección a los niños”. *Brown v. City of N.Y.*, 870 N.Y.S.2d 217, 223 (Sup. Ct. N.Y. Cty. 2008). Este fin parecería haberse frustrado por una disposición de derecho penal que considera un delito menor “denunciar, oralmente o mediante una acción, un estado o suceso presunto de abuso o maltrato infantil (...) que de hecho no ocurrió ni existió” al registro central estatal o a cualquier denunciante por mandato. N.Y. Penal Law § 240.50(4) (McKinney 2017). Ningún tribunal ha resuelto esta discordia, pero el debido proceso representaría un obstáculo importante para el procesamiento de una persona por realizar de buena fe una denuncia de abuso infantil solo porque más adelante resulta ser infundada.

⁸¹ Todo alegato, oral o escrito, de abuso por parte de un empleado o voluntario escolar que se presenta ante un maestro, enfermero escolar, psicólogo escolar, trabajador social escolar, consejero estudiantil, administrador escolar, miembro de la junta escolar u otro personal de la escuela que deba tener licencia o certificado en docencia o administración debe elevarse, en forma de denuncia escrita, al administrador de la escuela. N.Y. Educ. Law § 1126 (McKinney 2017). Una vez recibida una denuncia que da lugar a la sospecha razonable de que tal abuso ha ocurrido, el administrador debe informar sobre tal alegato a los padres del niño, al supervisor escolar y a las “autoridades del orden público pertinentes”. N.Y. Educ. Law § 1128 (McKinney 2017). Tales autoridades incluyen a la policía local o al jefe de policía del condado, pero no incluyen a los servicios de protección infantil ni a otras organizaciones para la prevención de la crueldad hacia los niños. N.Y. Educ. Law § 1125 (7) (McKinney 2017). Toda persona que, de buena fe, realiza o transmite tal denuncia está exenta de responsabilidad civil. N.Y. Educ. Law §§ 1126(3), 1128(4) (McKinney 2017), y toda persona que, deliberadamente, no

presenta una denuncia al administrador de la escuela ni a las autoridades del orden público pertinentes será culpable de un delito menor de Clase A y puede estar sujeta a una sanción civil de hasta quinientos dólares, N.Y. Educ. Law § 1129 (McKinney 2017).

⁸² N.Y. Fam. Ct. Act § 1012(e)(iii) (McKinney 2017) (donde se define el término “niño abusado” como todo menor cuyos padres u otras personas legalmente responsables “cometen o permiten que se cometa un delito contra ese niño según lo definido en el artículo ciento treinta de la ley penal [donde se esbozan los delitos sexuales]”)

⁸³ N.Y. Penal Law § 130.20(1)-(2) (McKinney 2017) (donde se define la conducta sexual impropia como la participación en relaciones sexuales (que aquí se refieren a las relaciones sexuales vaginales) o relaciones sexuales orales o anales con otra persona “sin el consentimiento de esa persona”); N.Y. Penal Law § 130.05(2) (b) (McKinney 2017) (“la falta de consentimiento deriva de (...) la incapacidad para dar consentimiento”); N.Y. Penal Law § 130.05(3)(a) (McKinney 2017) (“Se considera que una persona es incapaz de dar su consentimiento cuando (...) tiene menos de 17 años de edad”) Otros delitos sexuales de corrupción de menores, que son delitos mayores y, por lo tanto, implican una sanción mayor, se aplicarán cuando el menor esté por debajo de una determinada edad y la pareja del menor esté por encima de una determinada edad, incluso cuando la relación sexual sea consensuada. Las siguientes leyes sobre violación se aplican solamente a las relaciones sexuales vaginales: hay violación de tercer grado cuando el menor tiene 16 años o menos y la pareja tiene 21 años o más, N.Y. Penal Law § 130.25(2) (McKinney 2017); hay violación de segundo grado cuando el menor tiene menos de 15 años y la pareja tiene 18 años o más, con la excepción de que constituye una defensa afirmativa que el acusado le lleve menos de cuatro años

de diferencia a la presunta víctima, N.Y. Penal Law § 130.30 (McKinney 2017); y hay violación de primer grado cuando el menor tiene menos de 13 años y la pareja tiene 18 años o más, o cuando el menor tiene menos de 11 y la pareja tiene cualquier edad, N.Y. Penal Law § 130.35(3), (4) (McKinney 2017). Otro conjunto de delitos sexuales, con las mismas diferencias etarias correspondientes a los mismos grados, se aplica a las relaciones sexuales orales y anales. N.Y. Penal Law §§ 130.40(2), 130.45(1), 130.50(3)-(4) (McKinney 2017). Otro delito sexual relevante es el abuso sexual, caracterizado por el “contacto sexual”, que se refiere a cualquier manoseo de las partes “íntimas”. Hay abuso sexual de tercer grado (un delito menor) cuando el menor tiene 16 años o menos y la pareja le lleva más de cinco años de diferencia, N.Y. Penal Law § 130.55 (McKinney 2017); hay abuso sexual de segundo grado (un delito menor) cuando el menor tiene 13 años o menos y la pareja tiene cualquier edad, N.Y. Penal Law § 130.60 (McKinney 2017); y hay abuso sexual de primer grado (un delito grave) cuando el menor tiene 10 años o menos y la pareja tiene cualquier edad, N.Y. Penal Law § 130.65 (McKinney 2017). El establecimiento de esta división etaria por parte del poder legislativo fue confirmada como constitucional en *People v. Dozier*, 424 N.Y.S.2d 1010, 1014 (App. Div. 1st Dep’t 1980) (donde se sostiene que, en el caso de las relaciones sexuales consensuadas, estos estatutos sobre delitos sexuales sirven a intereses del estado tales como la prevención del embarazo adolescente y las lesiones físicas, así como la toma de decisiones inmaduras en relación con los matrimonios forzados, la paternidad, la adopción y el aborto).

⁸⁴ Considerar a los padres penalmente responsables de la actividad sexual de un hijo “no tiene en cuenta la realidad de que el grado de supervisión que un padre puede ejercer disminuye a medida que aumentan la libertad, la independencia, la edad y la privacidad del hijo. Además,

no reconoce que la naturaleza de la supervisión de los padres con frecuencia está determinada por la edad de los padres, la cultura, la religión y el género del niño. Asimismo, la imposición de la responsabilidad legal presupone que la actividad sexual prematura se presenta solamente en los niños cuyos padres no les enseñan valores morales adecuados ni les ofrecen ejemplos a seguir coherentes con esa enseñanza, y, de esta manera, no logra reflejar la percepción de que los embarazos adolescentes son producto de comportamientos que oscilan entre la experimentación y el desafío rotundo a la autoridad parental”. *A propósito de Comm’r Soc. Servs. ex rel. Leslie C.*, 614 N.Y.S.2d 855, 861 (Fam. Ct. Kings Cty. 1994) (donde se desestiman los cargos de abuso y abandono contra la madre de una adolescente sexualmente activa); véase también a respecto de *Phillip M.*, 589 N.Y.S.2d 31 (App. Div. 1st Dep’t 1992), ratificado en, 82 N.Y.2d 238 (1993) (donde se observa que el tribunal de familia llegó a la conclusión de que no se podía suponer que un adolescente de 15 años de edad que tenía una enfermedad de transmisión sexual fuera víctima de abuso infantil porque la edad del menor indicaba que podría haber tenido “relaciones sexuales consensuadas”).

Los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar de 2011 a 2013 muestran que, a nivel nacional, solo más del 40% de los menores tienen relaciones sexuales antes de cumplir 17 años. Gladys M. Martinez & Joyce C. Abma, *Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing of Teenagers Aged 15-19 in the United States*, Figure 2 (National Center for Health Statistics Data Brief no. 209, julio de 2015), <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db209.htm>. Por lo tanto, una lectura de las leyes que no tienen en cuenta las políticas públicas delineadas por el

tribunal de los autos caratulados *Leslie C.* sugerirían que se debe denunciar el presunto abuso o abandono infantil de más de 406,000 menores del estado de Nueva York, lo que representa el 40% del total de 1,016,517 adolescentes de 13, 14, 15 y 16 años de edad del estado de Nueva York de acuerdo con el censo de 2010. U.S. Census Bureau, American Factfinder, Single Years of Age and Sex: 2010 (NY), https://factfinder.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?pid=DEC_10_SF1_QTP2&prodType=table.

⁸⁵ *Leslie C.*, 614 N.Y.S.2d 855.

⁸⁶ N.Y. Mental Hyg. Law § 33.13 (McKinney 2017). Esta ley protege las historias clínicas de los pacientes y clientes tratados en un “centro”. Además, define el término centro como “todo lugar donde se proporcionan servicios para personas discapacitadas”, N.Y. Mental Hyg. Law § 1.03(6) (McKinney 2017), y “todo proveedor de servicios para personas con enfermedades mentales o discapacidades del desarrollo que esté manejado, contratado, financiado o de otro modo aprobado para prestar servicios por un director de servicios comunitarios conforme al artículo cuarenta y uno de este capítulo o una o ambas oficinas [es decir, la oficina de salud mental o la oficina para personas con discapacidades del desarrollo], incluido todo proveedor que esté exento del requisito de certificado de gestión conforme al artículo dieciséis o al artículo treinta y uno de este capítulo”, N.Y. Mental Hyg. Law § 33.13(a) (McKinney 2017). Las historias clínicas de los pacientes que reciben tratamiento en esos centros o por parte de esos proveedores están protegidas contra su divulgación, excepto en determinadas circunstancias; por ejemplo, cuando la divulgación se realiza “a una persona que está en peligro y a un organismo del orden público cuando un psiquiatra o psicólogo responsable ha determinado

que un paciente o cliente supone un peligro grave e inminente para esa persona". N.Y. Mental Hyg. Law § 33.13(c) (6), (c)(9)(v) (McKinney 2017); véase también N.Y. C.P.L.R. § 4510(b)(2) (McKinney 2017) (los consejeros de atención a las víctimas de violación "no estarán obligados a tratar como confidencial la comunicación con un cliente que revela la intención de cometer un delito o un acto perjudicial"); N.Y. C.P.L.R. § 4508(a)(2) (McKinney 2017) (en los mismos términos que para los trabajadores sociales).

⁸⁷ N.Y. Mental Hyg. Law § 33.13(c)(6) (McKinney 2017) ("No debe interpretarse que el contenido de este párrafo imponga al psiquiatra o psicólogo responsable la obligación de divulgar información en virtud de este párrafo"), (c)(9)(v) (en los mismos términos). De acuerdo con la jurisprudencia pertinente de Nueva York, los psiquiatras y psicólogos tienen permitido notificar a las personas que corren peligro y no serán considerados responsables si demuestran que su inquietud por la persona en peligro estaba justificada, pero ningún tribunal ha impuesto a los psiquiatras y psicólogos la obligación afirmativa de denunciar a la policía o informar a las personas en peligro cuando un paciente suponga una amenaza de daños. *Juric v. Bergstraesser*, 963 N.Y.S.2d 755, 757-58 (App. Div. 3d Dep't 2013) (donde se reconoce que un médico podría ganar una defensa afirmativa ante la demanda de un paciente por incumplimiento de la confidencialidad si el médico "tiene un fundamento razonable para creer que el demandante representaba una amenaza real, actual e inminente" para otra persona, pero donde se sostiene que la evidencia en este caso no es suficiente como cuestión de derecho para establecer tal defensa afirmativa); *Burton v. Matteliano*, 916 N.Y.S.2d 438, 440-41 (App. Div. 4th Dep't 2011) (donde se revoca la absolución de la demanda contra un médico por incumplimiento de

la confidencialidad, pero se observa que el médico podría argumentar defensa afirmativa en función de "intereses irreconciliables [que] fundamentan la necesidad de divulgación") (se omitieron las citas); *Kolt v. U.S.*, 1996 WL 607098 (W.D. N.Y. 2 de octubre de 1996) (donde se concede juicio sumario a un hospital de la Administración de Veteranos de Guerra en una demanda iniciada por el estado en el caso de una mujer que fue asesinada por su marido, un paciente psiquiátrico del hospital, y donde se subraya la ausencia de evidencia que pruebe que el psiquiatra sabía que el paciente representaba un peligro grave e inminente para la esposa); *Oringer v. Rotkin*, 556 N.Y.S.2d 67, 68 (App. Div. 1st Dep't 1990) (donde se ratifica el juicio sumario para un psicólogo cuyos registros inobjektivos "documentaban que había comprobado que el demandante representaba un peligro grave e inminente y lo autorizó a divulgar la amenaza a las autoridades y a la familia del niño amenazado"); *MacDonald v. Clinger*, 446 N.Y.S.2d 801, 805 (App. Div. 4th Dep't 1982) (donde se manifiesta, en el dictamen, que "cuando un paciente pueda ser un peligro para sí mismo o para otros, el médico está obligado a divulgar la información en la medida en que sea necesaria para proteger un interés amenazado", pero donde se ratifica el rechazo de la moción de desestimar una demanda que argumentaba incumplimiento de la confidencialidad porque un médico no había aseverado y probado la defensa afirmativa de que tal divulgación era necesaria para evitar daños).

⁸⁸ N.Y. C.P.L.R. § 4504(a) (McKinney 2017).

⁸⁹ N.Y. C.P.L.R. § 4507 (McKinney 2017) (donde se considera que este privilegio tiene los mismos fundamentos que entre un abogado y su cliente).

⁹⁰ N.Y. C.P.L.R. § 4508(a) (McKinney 2017).

⁹¹ N.Y. C.P.L.R. § 4510(b) (McKinney 2017). Un "consejero de atención a las víctimas de violación" es una persona que ha recibido un certificado de aprobación de los estándares de capacitación del estado de Nueva York otorgado por un programa aprobado de atención a las víctimas de violación (véase N.Y. Pub. Health Law § 206(15) (McKinney 2017)) y que trabaja en un programa aprobado de atención a las víctimas de violación. N.Y. C.P.L.R. § 4510(a)(2) (McKinney 2017).

⁹² N.Y. C.P.L.R. § 4504(a) (McKinney 2017).

⁹³ N.Y. Fam. Ct. Act § 1046(a)(vii) (McKinney 2017). Por ejemplo, un psicólogo no puede reclamar el privilegio de evitar divulgar una comunicación de un adolescente que sugiere que ha sufrido abuso físico por parte de un cuidador.

⁹⁴ N.Y. C.P.L.R. § 4504(b) (McKinney 2017); N.Y. C.P.L.R. § 4508(a)(3) (McKinney 2017). Esta excepción se aplica a los médicos, enfermeros profesionales, auxiliares de enfermería, dentistas, podólogos, quiroprácticos y trabajadores sociales, pero no a los psicólogos o consejeros de atención a las víctimas de violación. Además, en determinadas circunstancias, se puede exigir a un proveedor que dé testimonio en procesos judiciales en los que la información confidencial se relaciona con el consumo de sustancias reguladas. No obstante, la ley no define claramente cuándo se debe aplicar esta excepción, y los proveedores que son citados a testificar en tales circunstancias deben consultar a un abogado. *Compárese People v. Figueroa*, 568 N.Y.S.2d 957, 959 (App. Div. 1st Dep't 1991) (donde se ratifica la condena por posesión de drogas y se rechaza el argumento del acusado de que el privilegio de la relación entre médico y paciente evitó que se admitiera la evidencia que un médico compartió con la policía después de recuperar globos que contenían drogas

ilícitas del tubo digestivo del acusado), con *People v. Saaratu*, 541 N.Y.S.2d 889 (Sup. Ct., Bronx Cty. 1989) (donde se otorga la moción para anular el testimonio de dos médicos que operaron al acusado y descubrieron en su estómago globos que contenían heroína, y de un patólogo que se hizo cargo de custodiar los globos, con el fundamento de que el testimonio estaba sujeto al privilegio de la relación entre médico y paciente). Observe que, incluso al haberse interpretado que N.Y. Pub. Health Law § 3373 invalida el privilegio en casos de narcóticos, no se aplicaría a los pacientes que reciben tratamiento en centros que cuentan con financiación federal para el tratamiento del abuso de sustancias, que están sujetos a reglas de confidencialidad más estrictas impuestas por el gobierno federal que sustituyen o reemplazan la ley estatal. Véase 42 U.S.C. § 290dd-2(c) (2017).

⁹⁵ N.Y. Penal Law § 265.25 (McKinney 2017) (donde se exige que las denuncias de tales heridas se hagan a la policía); 10 N.Y.C.R.R. § 405.9(c)(2)(v), (vi)(c)) (2017) (donde se exige a los hospitales entregar evidencia de tales delitos a la policía si esta lo solicita en el plazo de 30 días de su obtención).

⁹⁶ 8 N.Y.C.R.R. § 29.1 (2017); N.Y. Educ. Law § 6509(9) (McKinney 2017).

⁹⁷ 10 N.Y.C.R.R. § 300.5(b)(2) (2017); véase también N.Y. Statewide Collaboration Process, *Privacy and Security Policies and Procedures for Qualified Entities and Their Participants in New York State under 10 N.Y.C.R.R. § 300.3(b)(1) § 1.5.1* (versión 3.4, junio de 2017), https://www.health.ny.gov/technology/regulations/shin-ny/docs/privacy_and_security_policies.pdf.

⁹⁸ 10 N.Y.C.R.R. § 300.5(b)(3) (2017); véase también N.Y. Statewide Collaboration Process, *Privacy and Security Policies and Procedures for Qualified Entities and Their*

Participants in New York State under 10 N.Y.C.R.R. § 300.3(b)(1) §§ 1.5.2, 1.5.3 (versión 3.4, junio de 2017), https://www.health.ny.gov/technology/regulations/shin-ny/docs/privacy_and_security_policies.pdf.

⁹⁹ 10 N.Y.C.R.R. § 300.5(b)(3)(i) (2017); véase también N.Y. Statewide Collaboration Process, *Privacy and Security Policies and Procedures for Qualified Entities and Their Participants in New York State under 10 N.Y.C.R.R. § 300.3(b)(1) § 1.5.2* (versión 3.4, junio de 2017), https://www.health.ny.gov/technology/regulations/shin-ny/docs/privacy_and_security_policies.pdf.

¹⁰⁰ HIPAA, 45 C.F.R. § 160.103(g)(3)(i) (2017).

¹⁰¹ N.Y. Statewide Collaboration Process, *Privacy and Security Policies and Procedures for Qualified Entities and Their Participants in New York State under 10 N.Y.C.R.R. § 300.3(b)(1) § 1.4.2* (versión 3.4, junio de 2017) (“Las entidades competentes [QE, por sus siglas en inglés] y los participantes tienen permitido, pero no se les exige, someter la información médica confidencial a ciertos requisitos adicionales, que incluyen, entre otros, ofrecer a los pacientes la opción de restringir el acceso a determinadas partes de la información médica sensible a través de la Red Estatal de Información Médica de Nueva York [SHIN-NY, por sus siglas en inglés] controlada por una entidad competente”). (énfasis agregado), https://www.health.ny.gov/technology/regulations/shin-ny/docs/privacy_and_security_policies.pdf.

¹⁰² 10 N.Y.C.R.R. § 300.5(a) (2017) (“Los participantes de entidades competentes tienen permitido, pero no se les exige, dar a los pacientes la opción de ocultar la información del paciente, incluida la información del paciente con el consentimiento del menor, a la Red Estatal de Información Médica de Nueva York”) Para obtener una definición del término “información del paciente con el

consentimiento del menor”, véase 10 N.Y.C.R.R. 300.1(h) (2017); 10 N.Y.C.R.R. § 300.5(b)(4) (2017).

¹⁰³ Harriet B. Fox & Stephanie J. Limb, *State Policies Affecting the Assurance of Confidential Care for Adolescents*, National Alliance to Advance Adolescent Health, abril de 2008 (donde se relevan las prácticas a nivel nacional con respecto a cómo, cuándo y a quién se envían las explicaciones de beneficios cuando los adolescentes solicitan diversos tipos de atención médica, y donde se descubre que el envío por correo de las explicaciones de beneficios a los hogares de los menores habitualmente comprometen la confidencialidad de los servicios médicos, incluidos aquellos para los cuales el menor estaba legalmente facultado a dar consentimiento), <http://www.thenationalalliance.org/pdfs/FS5.%20State%20Policies%20Affecting%20the%20Assurance%20of%20Confidential%20Care.pdf>.

¹⁰⁴ N.Y. Ins. Law § 3216(a)(4)(C) (McKinney 2017).

¹⁰⁵ N.Y. Pub. Health Law § 4903(2)(a) (McKinney 2017).

¹⁰⁶ 45 C.F.R. §§ 164.522(b)(1)(i), (ii) (2017); 11 N.Y.C.R.R. §§ 244.2, 244.3 (2017).

¹⁰⁷ *Griswold v. Connecticut*, 381 U.S. 479, 484-85 (1965) (donde se sostiene que una ley de Connecticut que prohíbe el uso de anticonceptivos por parte de las personas casadas se entromete inconstitucionalmente en el derecho a la privacidad matrimonial); *Eisenstadt v. Baird*, 405 U.S. 438, 443 (1972) (donde se sostiene que una ley de Massachusetts que permite a las personas casadas obtener anticonceptivos para evitar el embarazo pero prohíbe a las personas solteras hacer lo mismo infringe la Cláusula de igual protección de la Decimocuarta Enmienda).

¹⁰⁸ *Carey v. Population Servs. Int'l*, 431 U.S. 678, 693 (1977) (opinión mayoritaria) (donde se revoca una ley de Nueva York que prohíbe la distribución de anticonceptivos a menores de edad y se sostiene que “el derecho a la privacidad en relación con las decisiones que afectan la procreación se extienden tanto a los menores como a los adultos”).

¹⁰⁹ En los autos caratulados *Carey*, 431 U.S. at 694-96, el tribunal rechazó categóricamente la noción de que el estado podría impedir, de manera legítima, el acceso a los servicios anticonceptivos como un medio para desalentar la actividad sexual. El derecho de todo menor a recibir servicios anticonceptivos está más restringido, no obstante, en el contexto de distribución dentro de las escuelas públicas. Véase *Alfonso v. Fernandez*, 606 N.Y.S.2d 259, 264 (App. Div. 2d Dep’t 1993) (donde se sostiene que un programa de disponibilidad de preservativos en una escuela pública debe tener una disposición que permita a los padres excluir voluntariamente a su hijo del programa, y donde se distinguen otros contextos: “La distribución de preservativos en nuestras escuelas públicas, donde la asistencia es obligatoria, (...) es muy diferente de la entrega en clínicas, donde uno acude de manera totalmente voluntaria...”); *Jackson v. Peekskill City Sch. Dist.*, 106 F. Supp. 3d 420 (S.D.N.Y. 2015) (donde se niega la moción de desestimar el argumento de que una maestra infringió los derechos de los padres de criar a su hija como lo considerarían adecuado, supuestamente conduciendo a la estudiante fuera del lugar para obtener anticoncepción). Estas resoluciones, no obstante, se limitan a sus contextos, y no se puede interpretar que invaliden los derechos debidamente consolidados de los menores, conforme a las leyes de Nueva York y a la Constitución, a dar su consentimiento

para recibir atención anticonceptiva en otros contextos.

¹¹⁰ Véase 42 U.S.C. 1396d(a)(4)(C) (2017) (donde se cubren los “servicios y suministros de planificación familiar proporcionados [directamente o en arreglo con otros] a personas en edad de procrear [incluidos los menores que pueden considerarse sexualmente activos], que son elegibles conforme al plan estatal [Medicaid] y que desean recibir tales servicios y suministros”); 42 C.F.R. § 440.250(c) (2017) (“Los servicios y suministros de planificación familiar deben limitarse a los beneficiarios en edad de procrear, incluidos los menores que pueden considerarse sexualmente activos y que desean recibir esos servicios y suministros”); 42 C.F.R. §§ 431.300-431.307 (2017) (donde se describen las protecciones en Medicaid y en otros programas de asistencia médica).

¹¹¹ 42 U.S.C. § 300(a) (2017) (donde se autoriza que el programa Título X otorgue subvenciones a “entidades públicas y privadas sin fines de lucro para que ayuden a establecer y manejar proyectos de planificación familiar voluntaria que ofrecerán una amplia variedad de métodos y servicios de planificación familiar aceptables y eficaces [incluidos métodos de planificación familiar naturales, servicios para tratar la infertilidad y servicios para adolescentes]”); 42 C.F.R. § 59.5(a) (2017) (“Cada proyecto respaldado en virtud de esta parte debe (...) proporcionar una amplia variedad de métodos de planificación familiar aceptables, eficaces y médicamente aprobados [incluidos métodos de planificación familiar naturales] y servicios [incluidos para tratamiento de infertilidad y servicios para adolescentes.]”); 42 C.F.R. § 59.11 (2017) (donde se exige la confidencialidad de los programas del Título X).

- ¹¹² *Wilder v. Bernstein*, 645 F. Supp. 1292, 1307 (S.D.N.Y. 1986) (donde se cita una cláusula resolutoria que exige el acceso a información, servicios y asesoramiento de planificación familiar a fin de responder a las inquietudes de la Cláusula de libre ejercicio de los niños colocados en agencias de cuidado de acogida de naturaleza religiosa), *ratificado en*, 848 F.2d 1338 (2d Cir. 1988); *Arnett v. Gross*, 699 F. Supp. 450, 452 (S.D.N.Y. 1988) (“Los menores tienen derecho constitucional a la privacidad para utilizar métodos anticonceptivos artificiales no habiendo consideraciones estatales apremiantes en contrario, y este derecho no se ve menoscabado por el hecho de que estén en cuidado de acogida.”) (se omitieron las notas al pie).
- ¹¹³ *Carey*, 431 U.S. at 694-96.
- ¹¹⁴ Los tribunales federales han sostenido que las leyes estatales que exigen el consentimiento de los padres para los servicios de planificación familiar prestados a menores de otro modo elegibles son sustituidos por la ley federal de Medicaid, y que las reglamentaciones federales que exigen la notificación a los padres para servicios similares son sustituidas por el programa Título X de la Ley de Servicio de Salud Pública. Véase, por ejemplo, *Jones v. T.H.*, 425 U.S. 986 (1976), *ratificado en memorando según fundamentos de ley*, 425 F. Supp. 873 (D. Utah. 1975) (ley estatal); *Planned Parenthood Ass’n of Utah v. Dandoy*, 810 F.2d 984 (10th Cir. 1987) (ley estatal); *Jane Does 1-4 v. State of Utah Dep’t of Health*, 776 F.2d 253 (10th Cir. 1985) (ley estatal); *New York v. Heckler*, 719 F.2d 1191, 1196-97 (2d Cir. 1983) (reglamentación federal); *Planned Parenthood Fed’n of Am. v. Heckler*, 712 F.2d 650 (D.C. Cir. 1983) (reglamentación federal).
- ¹¹⁵ 42 C.F.R. § 50.203 (2017) (donde se prohíbe la esterilización de toda persona menor de 21 años en los proyectos de planificación familiar que reciben ayuda federal); 18 N.Y.C.R.R. § 505.13(e)(1)(ii) (2017) (lo mismo sucede conforme a la reglamentación de Nueva York).
- ¹¹⁶ Las leyes de la ciudad de Nueva York definen al paciente de esterilización como “toda persona, de 21 años de edad o más, que sea legalmente capaz de dar su consentimiento”. N.Y.C. Code § 17-402(2) (2017). Los capítulos pertinentes sobre esterilización se aplican a “toda esterilización realizada dentro de la ciudad de Nueva York”. N.Y.C. Code § 17-403 (2017).
- ¹¹⁷ Véase, por ejemplo, *Relf v. Mathews*, 403 F. Supp. 1235, 1238 (D.D.C. 1975); *Relf v. Weinberger*, 372 F. Supp. 1196, 1199 (D.D.C. 1974).
- ¹¹⁸ Véase James Trussell et al., *Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy*, Office of Population Research, Princeton University (junio de 2017), <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf>. En 2010, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) aprobó un tipo de anticonceptivo de urgencia que es eficaz cuando se toma en un plazo de 120 horas. Véase FDA Press Release, *FDA approves Ella tablets for prescription emergency contraception* (13 de agosto de 2010), <https://wayback.archive-it.org/7993/20170112215700/http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2010/ucm222428.htm>.
- ¹¹⁹ Am. Coll. of Obstetricians & Gynecologists, Comm. on Health Care for Underserved Women, ACOG Comm. Op. No. 707, *Access to Emergency Contraception* (julio de 2017) (donde se recomienda que los médicos “proporcionen recetas para anticonceptivos de urgencia por adelantado (...) para fomentar la sensibilización y reducir las barreras al acceso inmediato”), <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/>
- Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Access-to-Emergency-Contraception.
- ¹²⁰ El 5 de abril de 2013, un tribunal de distrito federal ordenó a la FDA que aumentara la edad y las restricciones en los puntos de acceso de todos los anticonceptivos de urgencia con levonorgestrel. *Tummino v. Hamburg*, 936 F. Supp 2d 162 (E.D.N.Y. 2013). La FDA luego eliminó las restricciones de edad en los puntos de acceso sobre los anticonceptivos de urgencia para los menores en edad de procrear. Véase FDA Press Release, *FDA Approves Plan B One-Step Emergency Contraceptive for Use Without a Prescription for All Women of Child-Bearing Potential*, (20 de junio de 2013), <https://wayback.archive-it.org/7993/20170112033121/http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm358082.htm>. El sitio web gubernamental de la ciudad de Nueva York sugiere, erróneamente, que los menores deben tener 15 años de edad para poder comprar anticonceptivos de urgencia en una farmacia. Véase NYC.gov, *Emergency Contraception for Teens*, <http://www1.nyc.gov/nyc-resources/service/1071/emergency-contraception-for-teens>. Como se mencionó anteriormente, la FDA ha quitado las restricciones de edad para todos los anticonceptivos de urgencia con levonorgestrel, y ni la ciudad ni el estado de Nueva York exigen que los menores que tienen menos de 15 años de edad presenten una receta en la farmacia.
- ¹²¹ 18 N.Y.C.R.R. 505.3(b)(1)(i) (2017); N.Y.S. Dep’t of Health, Office of Health Insurance Programs, *New York State Medicaid Family Planning Services Frequently Asked Questions*, 11 (mayo de 2015), https://www.emedny.org/ProviderManuals/NYS_Medicaid_Family_Planning_FAQs_May_2015.pdf.
- ¹²² Véase *ut supra* la nota 111.
- ¹²³ Loretta Gavin et al., *Providing Quality Family Planning Services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs*, 63 *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1-29 (25 de abril de 2014), <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6304a1.htm>.
- ¹²⁴ N.Y. Pub Health Law § 2805-p (McKinney 2017).
- ¹²⁵ Véase *ut supra* la Sección IV (Control de la natalidad).
- ¹²⁶ Véase *ut supra* la Sección IV (Control de la natalidad).
- ¹²⁷ Véase Ushma D. Upadhyay et al., *Incidence of Emergency Department Visits and Complications after Abortion*, 125 *Obstetrics & Gynecology* 175 (2015), http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2015/01000/Incidence_of_Emergency_Department_Visits_and.29.aspx.
- ¹²⁸ *Planned Parenthood v. Casey*, 505 U.S. 833, 899-900 (1992); *Hodgson v. Minnesota*, 497 U.S. 417, 461 (1990) (donde el juez O’Connor adhiere a lo decidido, en una opinión mayoritaria que establece el más estrecho fundamento para defender la ley de notificación a ambos padres en función de que sus debilidades constitucionales fueron resueltas mediante venia judicial); *Bellotti v. Baird*, 443 U.S. 622, 643-644 (1979) (opinión mayoritaria). En estos casos, la Corte Suprema de los Estados Unidos reglamentó que los requisitos de consentimiento de los padres para el aborto son inconstitucionales a menos que prevean un procedimiento de venia judicial expeditivo y confidencial. Nueva York no ha emitido ninguna disposición para ese procedimiento de venia judicial. En consecuencia, aunque las leyes de Nueva York no permiten expresamente a los menores someterse a un aborto sin el

consentimiento de los padres, pueden hacerlo en virtud de las protecciones federales.

¹²⁹ N.Y. Pub. Health Law § 17 (McKinney 2017) (“Los registros correspondientes al tratamiento de un paciente pediátrico por una enfermedad venérea o a la realización de un aborto de ese paciente pediátrico no se divulgarán ni de ningún otro modo se pondrán a disposición de los padres o tutores del menor (...).” De hecho, toda persona que proporcione ilegalmente un informe relacionado con la derivación de una mujer para que reciba servicios de aborto, o su consulta con respecto a estos, o toda persona que solicite u obtenga tales documentos de forma fraudulenta es culpable de un delito menor de Clase A y está sujeto a una acción civil. N.Y. Gen. Bus. Law § 394-e (McKinney 2017).

¹³⁰ Según una encuesta nacional en la que participaron 5,109 mujeres que buscaban someterse a un aborto, 476 de las cuales eran menores de edad, el 64% de las menores involucró a su madre en la decisión de abortar y el 38% involucró a su padre. Lauren Ralph et al., *The Role of Parents and Partners in Minors' Decisions to Have an Abortion and Anticipated Coping After Abortion*, 54 J. of Adolescent Health 428 (2014), [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(13\)00520-X/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(13)00520-X/fulltext); véase también Lee A. Hasselbacher et al., *Factors Influencing Parental Involvement Among Minors Seeking an Abortion: A Qualitative Study*, 104 Am. J. of Pub. Health 2207 (2014) (“Los factores que influyeron en el hecho de que las menores involucraran a uno de los padres se clasificaron en 4 categorías principales: (1) relaciones con padres que eran cercanos o comprensivos, (2) la sensación de que la divulgación era inevitable, (3) la necesidad de ayuda económica o logística y (4) circunstancias en las que la menor se vio obligada a divulgar la información.”), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202942/>.

¹³¹ Véase Hasselbacher et al., *Factors Influencing Parental Involvement Among Minors Seeking an Abortion: A Qualitative Study*, *supra*, p. 2209 (“A muchas menores les preocupaba que el hecho de informar a sus padres acerca del aborto pudiera dañar la relación (...) Las menores con una relación de padres e hija complicada describieron inquietudes basadas en el miedo a sufrir repercusiones emocionales o físicas y relaciones distantes”)

¹³² N.Y. Pub. Health Law § 2305(2) (McKinney 2017) (“Un médico con licencia, o en un hospital, un médico del personal, puede diagnosticar, tratar o recetar medicamentos a una persona menor de veintiún años de edad sin el consentimiento ni el conocimiento de los padres o tutores de esa persona, cuando esté infectada por una enfermedad de transmisión sexual, o haya estado expuesta a una infección por una enfermedad de transmisión sexual”). La exhaustiva lista de enfermedades de transmisión sexual cubiertas por esta disposición incluye el virus del papiloma humano (VPH), un virus relacionado con el cáncer de cuello uterino y las verrugas genitales. 10 N.Y.C.R.R. § 23.1 (2017). La vacuna contra el virus del papiloma humano está aprobada para su uso en niñas y mujeres de entre 11 y 26 años de edad y está disponible a través del programa de vacunas para niños.

¹³³ N.Y. Pub. Health Law § 17 (McKinney 2017) (“Los registros correspondientes al tratamiento de un paciente pediátrico por una enfermedad venérea (...) no se divulgarán ni de ningún otro modo se pondrán a disposición de los padres o tutores del menor”); 10 N.Y.C.R.R. § 23.4 (2017) (“Cuando un proveedor de atención médica diagnostique, trate o recete medicamentos a un menor, sin el consentimiento ni el conocimiento de los padres o tutores según lo permitido por el párrafo 2305 de la Ley de Salud Pública, no se divulgarán historias clínicas ni registros de facturación, ni de ninguna otra forma se pondrán a

disposición de los padres o tutores de ese menor sin el permiso del paciente menor de edad.”); véase también 45 C.F.R. § 164.502(g)(3)(i)(A), (ii)(B) (2017).

¹³⁴ 10 N.Y.C.R.R. §§ 2.1, 2.10, 2.32 (2017).

¹³⁵ Según 10 N.Y.C.R.R. § 2.10 (2017), los médicos deben informar el nombre completo, la edad y la dirección de toda persona con un caso presunto o confirmado de enfermedad contagiosa al funcionario de salud de la ciudad, del condado o del distrito dentro de cuya jurisdicción resida la persona, junto con el nombre de la enfermedad contagiosa presunta o confirmada, en caso de saberlo; las personas a cargo de centros de salud pública u otros centros especialmente autorizados deben realizar comunicaciones similares dentro de la jurisdicción donde está ubicada la institución o el centro.

¹³⁶ 10 N.Y.C.R.R. § 2,32 (2017).

¹³⁷ La divulgación de información confidencial relacionada con el VIH se permite en determinadas circunstancias limitadas, que incluyen, entre otras, las divulgaciones a: (1) determinados centros de atención médica o proveedores de atención médica cuando la divulgación es necesaria para proporcionar la atención adecuada al paciente o al hijo de un paciente; (2) funcionarios gubernamentales de salud cuando la divulgación esté ordenada por las leyes federales o estatales; (3) terceros que realizan pagos o sus representantes en la medida en que sea necesario para pagar a los proveedores por sus servicios; (4) instituciones aseguradoras, cuando estén autorizadas por la persona con facultad para dar su consentimiento para recibir servicios médicos; (5) toda persona a quien la divulgación esté resuelta por un tribunal; (6) instalaciones y empleados de centros penitenciarios, en determinadas circunstancias; y (7)

organismos autorizados en conexión con el cuidado de acogida o la adopción infantil. N.Y. Pub. Health Law § 2782 (McKinney 2017). Generalmente, una vez que han recibido la información, las personas y los lugares mencionados anteriormente no pueden volver a divulgar la información. Es importante tener en cuenta que solo los médicos, otros profesionales de la salud, los centros de salud y los trabajadores de servicios sociales tienen prohibido divulgar información relacionada con el VIH. Estas leyes no se aplican a quienes obtienen información en calidad de no profesionales (como los amigos, familiares, vecinos, propietarios, etc.). Además, en Nueva York no existe ningún recurso civil por la divulgación de información médica personal por parte de personas no obligadas por las leyes de confidencialidad, pero puede haber demandas civiles federales contra esas divulgaciones por parte de actores gubernamentales.

¹³⁸ N.Y. Pub. Health Law § 2305(2) (McKinney 2017) (donde se autoriza a los médicos a diagnosticar, recetar medicamentos y tratar a menores de edad sin la participación de los padres cuando el menor “esté infectado por una enfermedad de transmisión sexual, o haya estado expuesto a una infección por una enfermedad de transmisión sexual”); 10 N.Y.C.R.R. § 23.1 (2017) (donde se incluye el VIH en la lista de enfermedades de transmisión sexual).

¹³⁹ Para obtener información sobre la profilaxis previa a la exposición, véase <https://www.cdc.gov/hiv/risk/prep/index.html>.

¹⁴⁰ N.Y. Pub. Health Law § 2781 (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.3 (2017). Solo en circunstancias muy limitadas se puede ordenar un análisis del VIH sin el consentimiento de la persona. Por ejemplo, una persona condenada o declarada delincuente por determinados delitos sexuales puede

estar obligada a someterse a un análisis del VIH a fin de informar a la víctima de su exposición, pero el acusado puede renunciar a que se le informen los resultados del análisis. N.Y. Pub. Health Law § 2785-a (McKinney 2017); N.Y. Crim. Proc. Law § 390.15 (McKinney 2017); N.Y. Family Court Act § 347.1 (McKinney 2017). Además, toda parte litigante puede estar obligada a someterse a un análisis del VIH cuando su estado respecto del VIH está en discusión en la contienda judicial. N.Y. C.P.L.R. § 3121(a) (McKinney 2017).

- ¹⁴¹ N.Y. Pub. Health Law § 2780(5) (McKinney 2017) (“La ‘capacidad para otorgar consentimiento’ se refiere a la capacidad de una persona, determinada *independientemente de la edad de la persona*, para comprender y valorar la naturaleza y las consecuencias de un servicio de atención médica, un tratamiento o un procedimiento propuesto, o de la divulgación propuesta de información relacionada con el VIH, según sea el caso, y para tomar una decisión informada con respecto al servicio, al tratamiento, al procedimiento o a la divulgación”) (énfasis agregado).
- ¹⁴² N.Y. Pub. Health Law § 2781-a (McKinney 2017).
- ¹⁴³ Conforme a N.Y. Pub. Health Law § 2500-f (McKinney 2017) y 10 N.Y.C.R.R. §§ 69-1.1 to 69-1.9 (2017), el Departamento de Salud del Estado de Nueva York ha implementado un programa de detección para realizar análisis del VIH a los recién nacidos sin el consentimiento de los padres, y para divulgar los resultados a la madre. Además, la ley permite realizar análisis anónimos del VIH sin consentimiento cuando: un pinchazo accidental con una aguja u otro evento provoca una posible exposición ocupacional al VIH; la persona que es causante de la posible exposición no puede dar su consentimiento; no se encuentra inmediatamente disponible ninguna persona autorizada a dar consentimiento

en nombre del causante; y la persona expuesta se beneficiará al conocer los resultados del análisis del VIH del causante. N.Y. Pub. Health Law § 2781(6) (e) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. 63.3(c) (7) (2017).

- ¹⁴⁴ Los proveedores de atención médica que no están autorizados por el comisionado a ofrecer análisis relacionados con el VIH de forma anónima deben remitir a la persona que solicita un análisis anónimo a un centro donde se realicen análisis anónimos. N.Y. Pub. Health Law § 2781(4) (McKinney 2017).
- ¹⁴⁵ N.Y. Pub. Health Law §§ 2780(7) (McKinney 2017) (donde se define el término “información confidencial relacionada con el VIH”), 2782 (donde se prohíbe la divulgación de información confidencial relacionada con el VIH, excepto en circunstancias específicas); 10 N.Y.C.R.R. § 63.6 (2017) (donde una reglamentación del Departamento de salud garantiza la confidencialidad); 18 N.Y.C.R.R. § 360-8.1 (2017) (donde una reglamentación del Departamento de Servicios Sociales garantiza la confidencialidad en el programa Medicaid).
- ¹⁴⁶ Esos proveedores están sujetos a multas de hasta \$5,000 por cada incidente, procesamiento por un delito menor y cargos por falta de ética profesional. N.Y. Pub. Health Law § 2783 (McKinney 2017); 8 N.Y.C.R.R. § 29.1(b)(8) (2017).
- ¹⁴⁷ N.Y. Pub. Health Law § 2782(1)(a) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.6(a) (1) (2017).
- ¹⁴⁸ N.Y. Pub. Health Law § 2782(4)(e) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.6(g) (2017).
- ¹⁴⁹ N.Y. Pub. Health Law § 2782(4)(e) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.6(g) (2017).

¹⁵⁰ N.Y. Pub. Health Law § 2782(4)(e) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.6(g)(2)(ii), 63.7(b) (2017).

- ¹⁵¹ N.Y. Pub. Health Law § 2782(1)(h) (McKinney 2017) (donde se exige la divulgación a las agencias de cuidado en acogida y adopción); 10 N.Y.C.R.R. § 63.6(a)(8) (2017) (en los mismos términos).
- ¹⁵² N.Y. Soc. Serv. Law § 373-a (McKinney 2017) (donde se exige a las agencias de adopción o de cuidado de acogida divulgar a los padres adoptivos potenciales o de acogida las historias clínicas de los niños entregados a su cuidado); N.Y. Soc. Serv. Law § 372(8) (McKinney 2017) (donde se exige la misma divulgación a los parientes u otras personas que asuman el cuidado de un niño a través de colocaciones distintas de la adopción o el cuidado de acogida); véase también 10 N.Y.C.R.R. § 63.6(h) (2017) (donde se permite volver a divulgar la información a los padres adoptivos y padres adoptivos potenciales).
- ¹⁵³ N.Y. Pub. Health Law § 2782(1)(p) (McKinney 2017); véase también 10 N.Y.C.R.R. § 63.6(e) (2017).
- ¹⁵⁴ 10 N.Y.C.R.R. § 63.5(a) (2017).
- ¹⁵⁵ N.Y. Pub. Health Law § 2783 (McKinney 2017).
- ¹⁵⁶ N.Y. Pub. Health Law §§ 2782(1)(k), 2785 (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.6(a) (12) (2017).
- ¹⁵⁷ N.Y. Pub. Health Law § 2785 (McKinney 2017).
- ¹⁵⁸ N.Y. Pub. Health Law § 2130(1) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.4(a) (1) (2017).
- ¹⁵⁹ N.Y. Pub. Health Law § 2130(1) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.4(a) (4) (2017).

¹⁶⁰ N.Y. Pub. Health Law § 2130(3) (McKinney 2017) (donde se define que los “contactos conocidos” pueden incluir a aquellas personas cuyos nombres el proveedor sabe por su cuenta o que le fueron revelados al médico por la persona infectada); 10 N.Y.C.R.R. § 63.4(b) (2017) (en los mismos términos).

- ¹⁶¹ N.Y. Pub. Health Law § 2130(3) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.4(b) (2017).
- ¹⁶² De hecho, las leyes de Nueva York exigen solamente que los funcionarios de salud pública pidan la cooperación de las personas infectadas. 10 N.Y.C.R.R. § 63.8(a)(3) (2017).
- ¹⁶³ N.Y. Pub. Health Law § 2136(3) (McKinney 2017).
- ¹⁶⁴ 10 N.Y.C.R.R. § 63.8(i) (2017).
- ¹⁶⁵ 10 N.Y.C.R.R. § 63.8(a)(3) (2017).
- ¹⁶⁶ N.Y. Pub. Health Law § 2782(4)(b) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.8(a) (3) (2017).
- ¹⁶⁷ 10 N.Y.C.R.R. § 63.8(a)(1) (2017); véase también N.Y.S. Dep’t of Health, *Guidelines for Integrating Domestic Violence Screening into HIV Counseling, Testing, Referral & Partner Notification*, <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/providers/regulations/domesticviolence/guide.htm> (donde se exige un examen de violencia doméstica durante el asesoramiento posterior a la prueba a las personas infectadas por el VIH).
- ¹⁶⁸ N.Y.S. Dep’t of Health, *Guidelines for Integrating Domestic Violence Screening into HIV Counseling, Testing, Referral & Partner Notification*, <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/providers/regulations/domesticviolence/guide.htm>. Si se aplaza la notificación debido al riesgo

- de violencia doméstica, el personal de salud pública realiza un seguimiento con el proveedor en un plazo de 30 a 120 días para evaluar el estado actual y reforzar la importancia de volver a evaluar el riesgo de violencia doméstica y los problemas de notificar a la pareja en futuros contactos con la persona infectada para determinar si se puede realizar la notificación a la pareja. *Ibid.*
- ¹⁶⁹ N.Y. Pub. Health Law § 2130(1) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.4(a) (2017).
- ¹⁷⁰ N.Y. Pub. Health Law § 2782(4)(a) (McKinney 2017).
- ¹⁷¹ N.Y. Pub. Health Law § 2782(4)(a) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 63.8(a)(1) (2017).
- ¹⁷² N.Y. Pub. Health Law § 2130(1), (3) (McKinney 2017) (donde se exige la comunicación a los contactos una vez determinado que el paciente está infectado por el VIH, un diagnóstico de SIDA, el diagnóstico de una enfermedad relacionada con el VIH o el control periódico de la infección por el VIH mediante análisis de laboratorio); 10 N.Y.C.R.R. § 63.4(a)(1), (b) (2017) (en los mismos términos).
- ¹⁷³ N.Y. Pub. Health Law § 2783(3)(a) (McKinney 2017) (donde se exige de responsabilidad civil y penal a los proveedores de atención médica por no divulgar información confidencial relacionada con el VIH a un contacto o a una persona autorizada a dar consentimiento para la atención médica del paciente).
- ¹⁷⁴ N.Y. Pub. Health Law § 2504(3) (McKinney 2017).
- ¹⁷⁵ N.Y. Pub. Health Law § 2504(1)-(2) (McKinney 2017).
- ¹⁷⁶ Véase, en general, *ut supra* la Sección III.
- ¹⁷⁷ *Ibid.*
- ¹⁷⁸ N.Y. Pub. Health Law § 2805-i (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 405.9(c)(1) (2017). Además, la Ley de Salud Pública de Nueva York exige que todo hospital que proporcione tratamiento de urgencia a una víctima de abuso sexual brinde información oral y escrita oportuna sobre la anticoncepción de urgencia y suministre anticonceptivos de urgencia cuando se soliciten. N.Y. Pub Health Law § 2805-p (McKinney 2017). A pesar de estas leyes y reglamentaciones, no todos los hospitales ofrecen anticonceptivos de urgencia como parte de los servicios médicos asociados con un abuso sexual. Todo paciente que quiera recibir anticoncepción de urgencia debe pedir específicamente este servicio si no se lo ofrecen de manera automática. Para obtener información sobre la profilaxis contra el VIH después de un abuso sexual, véase <https://www.cdc.gov/hiv/basics/pep.html>.
- ¹⁷⁹ N.Y. Pub. Health Law § 2805-i(1)(b), (3) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 405.9(c) (2017).
- ¹⁸⁰ 10 N.Y.C.R.R. § 405.9(c) (2017).
- ¹⁸¹ N.Y. Pub. Health Law § 2805-i (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 405.9(c)(2)(ii) (2017) (donde se define que la evidencia de abuso sexual incluye, “según corresponda a las lesiones provocadas en cada caso, portaobjetos, palitos de algodón, prendas de vestir o partes de ellas, cabellos en los peines, raspado de uñas, fotografías y otros elementos especificados por el organismo de policía local y el laboratorio forense en cada caso en particular”) Las víctimas deben tener en cuenta que no todos los hospitales cuentan con “botiquines para casos de violación” y, por lo tanto, deben consultar la disponibilidad antes de ir al hospital, de ser posible.
- ¹⁸² Los menores pueden dar su consentimiento para pruebas de embarazo, asesoramiento, administración de anticonceptivos de
- urgencia, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y análisis del VIH y tratamiento contra el virus. Véase, en general, *ut supra* la Sección IV.
- ¹⁸³ N.Y. C.P.L.R. 4510(a)(3) (McKinney 2017) (donde se define a la víctima de violación, independientemente de la edad, como “*toda persona* que solicita o recibe los servicios de un consejero de atención a las víctimas de violación con el fin de obtener asesoramiento o ayuda con respecto a cualquier delito sexual”) (énfasis agregado); *ibid.* 4510(c) (donde se prevé que solo la víctima de violación puede renunciar al privilegio y permitirle al consejero divulgar información, a menos que la víctima haya sido “declarada incompetente”, en cuyo caso un representante personal puede renunciar al privilegio).
- ¹⁸⁴ Cuando una víctima de abuso sexual ingresa a un hospital, el hospital debe obtener “el consentimiento del paciente, o el consentimiento de la persona autorizada a actuar en nombre del paciente, para la obtención y el almacenamiento de la evidencia del delito sexual”. 10 N.Y.C.R.R. § 405.9(c)(2)(vi) (2017). El Departamento de Salud del Estado de Nueva York “sigue detentando su postura de larga data de que un menor maduro que se presenta en la sala de urgencias de un hospital puede dar su consentimiento o puede decidir no hacerlo, sin la participación de los padres, para que se le realice un examen forense como parte de la atención posterior al abuso sexual”. Correo electrónico de Lauren J. Tobias, Director, División de Salud Familiar, Departamento de Salud del Estado de Nueva York, a Katharine Bodde, Asesora de políticas, NYCLU (24 de octubre de 2017, 3:17 p. m., Hora del este) (archivado en la NYCLU).
- La Ley de Salud Pública hace responsables a los hospitales de la obtención y preservación de la
- evidencia de los delitos sexuales, N.Y. Pub. Health Law § 2805-i(1)(a), (2) (McKinney 2017), y faculta a la “presunta víctima de delito sexual” a controlar si el hospital divulga “evidencia confidencial” a la policía, *ibid.* § 2805-i(2). La evidencia confidencial es la evidencia recopilada y obtenida del paciente durante los exámenes y el tratamiento en el hospital de las lesiones provocadas como resultado de un delito sexual. 10 N.Y.C.R.R. § 405.9(c)(2)(iv) (2017). La evidencia no confidencial es la evidencia obtenida de las presuntas víctimas de abuso infantil o la evidencia derivada de otros delitos que deben denunciarse (por ejemplo, las lesiones que surgen como consecuencia de disparos de un arma de fuego, lesiones por quemadura o heridas de arma blanca que ponen en riesgo la vida realizadas con un cuchillo u otro instrumento punzante). *Ibid.* § 405.9(c)(2)(v) (2017). Los hospitales deben entregar la evidencia no confidencial a la policía cuando esta lo solicite independientemente del consentimiento de la presunta víctima. N.Y. Pub. Health Law § 2805-i(2)(a) (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 405.9(c)(2)(vi)(c).
- ¹⁸⁵ Debido a que el menor tiene derecho a dar su consentimiento de manera independiente para recibir servicios de salud reproductiva (por ejemplo, análisis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, análisis del VIH y tratamiento contra el virus, y anticoncepción de urgencia, véase, en general, *ut supra* la Sección IV), se puede llegar a una conclusión que permita también al menor dar su consentimiento para el tratamiento de las lesiones relacionadas con el abuso; de lo contrario, el derecho del menor a la atención de salud reproductiva confidencial estaría viciado. Además, si las lesiones relacionadas exigen atención médica inmediata, el proveedor de atención médica generalmente puede tratar al menor sin

el consentimiento de los padres. N.Y. Pub. Health Law § 2504 (McKinney 2017).

¹⁸⁶ Si Susan da su consentimiento bajo la presión de su madre, los proveedores de la sala de urgencias pueden negarse a realizar el examen si determinan que el consentimiento se obtuvo mediante coacción. El consentimiento forzado no es un consentimiento válido.

¹⁸⁷ N.Y. Soc. Serv. Law § 413 (McKinney 2017); 10 N.Y.C.R.R. § 405.9(d) (2017). Tales denuncias deben realizarse al Registro Central de Abuso y Maltrato Infantil del Estado y no a la policía.

¹⁸⁸ N.Y. Penal Law § 265.25 (McKinney 2017) (donde se exige que las denuncias de tales heridas se hagan a la policía); 10 N.Y.C.R.R. § 405.9(c)(2)(v), (vi(c)) (2017) (donde se exige a los hospitales entregar evidencia de tales delitos a la policía si esta lo solicita en el plazo de 30 días de su obtención).

¹⁸⁹ N.Y. C.P.L.R. §§ 4504(b), 4508(a)(3) (McKinney 2017).

¹⁹⁰ Véanse a continuación las notas 201 a 215 y el texto asociado.

¹⁹¹ Véanse *ut supra* las notas 134 a 137, 158 y 159 y el texto asociado.

¹⁹² N.Y. Mental Hyg. Law § 33.21(a)(3) (McKinney 2017). A los fines del consentimiento independiente por parte de un menor, los servicios ambulatorios excluyen la cirugía, el tratamiento de choque, los tratamientos médicos importantes considerando la naturaleza de la cirugía, y el uso de fármacos o procedimientos experimentales, N.Y. Mental Hyg. Law § 33.03(b)(4) (McKinney 2017). “Los programas ambulatorios autorizados o manejados conforme a las reglamentaciones del comisionado de salud mental” se refieren a los programas autorizados conforme al proceso de aprobación delineado en 14

N.Y.C.R.R. § 551 (2017) y al proceso de certificación descrito en 14 N.Y.C.R.R. § 587.5 (2017). Esos programas incluyen lo siguiente: tratamiento asertivo comunitario (ACT, por sus siglas en inglés); programas manejados de conformidad con 14 N.Y.C.R.R. § 508.3 (2017); clínicas manejadas de conformidad con 14 N.Y.C.R.R. §§ 587.8 y 587.9 (2017); programas integrales de emergencias psiquiátricas (CPEP, por sus siglas en inglés) manejados de conformidad con 14 N.Y.C.R.R. § 590 (2017); programas de tratamiento diario continuo manejados de conformidad con 14 N.Y.C.R.R. § 587.10 (2017); programas de tratamiento diario para niños de conformidad con 14 N.Y.C.R.R. § 587.11 (2017); programas de tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica de conformidad con 14 N.Y.C.R.R. § 587.13 (2017); programas de hospitalización parcial manejados de conformidad con 14 N.Y.C.R.R. § 587.12 (2017); y servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS, por sus siglas en inglés) manejados de conformidad con 14 N.Y.C.R.R. § 512 (2017). Para leer más sobre los servicios prestados por estos programas ambulatorios autorizados, véase <https://www.omh.ny.gov/omhweb/licensing/definitions.htm>.

¹⁹³ N.Y. Mental Hyg. Law § 33.21(c) (McKinney 2017). Cuando los padres se han negado a dar su consentimiento y un médico determina que el menor debe recibir tratamiento de todos modos, el médico debe notificar a los padres esta decisión, pero *solo* si es pertinente desde el punto de vista médico. *Ibid.*

¹⁹⁴ N.Y. Mental Hyg. Law § 33.21(e)(2) (McKinney 2017).

¹⁹⁵ N.Y. Mental Hyg. Law § 33.21(b) (McKinney 2017).

¹⁹⁶ N.Y. Mental Hyg. Law § 33.21(d) (McKinney 2017).

¹⁹⁷ Tal documentación debe incluir una declaración por escrito firmada por el menor, donde se indique que el menor solicita los servicios voluntariamente. N.Y. Mental Hyg. Law § 33.21(c) (McKinney 2017).

¹⁹⁸ N.Y. Mental Hyg. Law § 9.13(a) (McKinney 2017). El consentimiento de los padres es generalmente necesario para la administración no urgente de medicamentos psicotrópicos a los menores que se encuentran en centros de atención médica hospitalaria. N.Y. Mental Hyg. Law § 33.21(e)(1) (McKinney 2017). Sin embargo, un adolescente de 16 o 17 años que proporciona consentimiento informado puede recibir medicamentos sin el consentimiento de los padres cuando los medicamentos sean lo mejor para su bienestar si: (1) los padres o el tutor no están razonablemente disponibles, o (2) solicitar la participación de los padres podría tener un efecto perjudicial en el menor, o (3) los padres o tutores se han negado a dar consentimiento. N.Y. Mental Hyg. Law § 33.21(e)(2) (McKinney 2017). En la segunda y tercera situación, se exige la confirmación de un segundo psiquiatra independiente. *Ibid.*

¹⁹⁹ N.Y. Mental Hyg. Law § 9.07(a) (McKinney 2017).

²⁰⁰ N.Y. Mental Hyg. Law § 9.09 (McKinney 2017).

²⁰¹ N.Y. Mental Hyg. Law § 9.13(b) (McKinney 2017) (donde se permite la reclusión forzada de una persona que “tiene una enfermedad mental y necesita retención para recibir atención o tratamiento forzosos”); N.Y. Mental Hyg. Law § 9.01 (McKinney 2017) (“La frase ‘necesitar recibir atención o tratamiento forzosos’ significa que una persona tiene una enfermedad mental para la cual la atención y el tratamiento como paciente en un hospital son

fundamentales para el bienestar de esa persona y cuyo sentido de la realidad está tan deteriorado que no puede comprender la necesidad de la atención y el tratamiento”). Conforme a la ley constitucional, no obstante, la norma para la reclusión forzada es en realidad más estricta. Como parte del debido proceso sustantivo, no se puede recluir forzosamente a una persona a menos que suponga un peligro real y actual para sí misma o para otros. Véase, por ejemplo, *O'Connor v. Donaldson*, 422 U.S. 563, 576 (1975) (“Constitucionalmente, un estado no puede confinar sin más a una persona mentalmente enferma que no es peligrosa y que es capaz de sobrevivir de manera segura en libertad por sí misma o con la ayuda de familiares o amigos dispuestos y responsables”); *Rodriguez v. City of N.Y.*, 72 F.3d 1051, 1061 (2d Cir. 1995) (“El debido proceso no permite la hospitalización forzada de una persona que no constituye un peligro para sí misma ni para otros”).

²⁰² N.Y. Mental Hyg. Law § 9.13 (b) (McKinney 2017).

²⁰³ Véase, por ejemplo, *Rodriguez*, 72 F.3d p. 1061.

²⁰⁴ N.Y. Pub. Health Law § 2504(4) (McKinney 2017).

²⁰⁵ N.Y. Mental Hyg. Law § 33.13(c), (e), (f) (McKinney 2017) (donde se protege la confidencialidad de las historias clínicas de salud mental); véase también *ibid.* § 33.14 (donde se permite a los pacientes pasarse a una historia clínica de salud mental sellada). Cuando un menor actúa en su nombre para dar consentimiento para recibir tratamiento de salud mental, el menor controlará la información relacionada con ese tratamiento. *Ibid.* § 33.16(b)(3) (donde se otorga a los padres y tutores acceso a las historias clínicas de salud mental de sus hijos menores de edad “en lo relativo a la atención y el

tratamiento para el menor *para el cual se obtuvo o se ha solicitado el consentimiento de uno de los padres o de un tutor*) (énfasis agregado); véase también en términos generales, 45 C.F.R. § 164.502(g)(3)(i)(A) (2017) (donde se otorga a los menores el derecho de controlar la información relacionada con los servicios médicos para los cuales ha dado su consentimiento legal e independiente).

²⁰⁶ Las disposiciones de confidencialidad se aplican a todo centro “autorizado o manejado por la Oficina de Salud Mental o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo, de aquí en adelante denominadas las oficinas”. N.Y. Mental Hyg. Law § 33.13(a), (c) (McKinney 2017). Pero estas disposiciones también se aplican a todo centro “en el cual se proporcionan servicios para personas con discapacidades mentales”, que incluye, entre otros, “un centro psiquiátrico, un centro del desarrollo, instituto, clínica, sala, institución o edificio”, N.Y. Mental Hyg. Law § 1.03(6) (McKinney 2017), y “todo proveedor de servicios para personas con enfermedades mentales o discapacidades del desarrollo que esté manejado, contratado, financiado o de otro modo aprobado para prestar servicios por un director de servicios comunitarios conforme al artículo cuarenta y uno de este capítulo o una o ambas oficinas, incluido todo proveedor que esté exento del requisito de certificado de gestión conforme al artículo dieciséis o al artículo treinta y uno de este capítulo”. N.Y. Mental Hyg. Law § 33.13(a), (e) (McKinney 2017).

²⁰⁷ N.Y. Mental Hyg. Law § 33.16(c)(2) (McKinney 2017).

²⁰⁸ N.Y. Mental Hyg. Law § 33.16(b)(3) (McKinney 2017).

²⁰⁹ Véase, por ejemplo, Am. Psychiatric Ass'n, *Ethics Primer of the American Psychiatric Association*, 16-17 (2001);

véase también Am. Psychological Ass'n, *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*, Ethical Standards 4.01, 4.04, 4.05 (fecha de entrada en vigor; 1 de enero de 2017), <http://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>.

²¹⁰ N.Y. Mental Hyg. Law § 33.13(c), (d) (McKinney 2017).

²¹¹ N.Y. Mental Hyg. Law §§ 33.23, 33.25 (McKinney 2017). Esta regla de notificación se aplica a una amplia variedad de lugares, incluidos centros psiquiátricos, centros del desarrollo, institutos, clínicas o salas que ofrecen servicios para pacientes con discapacidades mentales. *Ibid.* § 1.03(6) (McKinney 2017).

²¹² Véase 14 N.Y.C.R.R. § 624.1 (2017) para obtener una descripción de los lugares cubiertos.

²¹³ Véase N.Y. Mental Hyg. Law §§ 16.13(b), 13.21(b) (McKinney 2017) (donde se exige la investigación y denuncia de incidentes de declaración obligatoria al Registro Central de Personas Vulnerables); 14 N.Y.C.R.R. §§ 624.3 (2017) (donde se definen los incidentes de declaración obligatoria); 624.4 (donde se definen los sucesos relevantes); 624.5 (donde se exige la denuncia de incidentes de declaración obligatoria y sucesos relevantes graves a organismos de supervisión y al Registro Central de Personas Vulnerables, entre otros); 624.6(f) (donde se exige la notificación a los padres de todos los incidentes de declaración obligatoria y los sucesos relevantes). Los padres también tienen permitido solicitar y recibir registros de tales lugares. *Ibid.* § 624.8(b).

²¹⁴ N.Y. Mental Hyg. Law §§ 16.13(b), 13.21(b) (McKinney 2017).

²¹⁵ N.Y. Mental Hyg. Law §§ 7.21(b) (donde se exige la denuncia de incidentes de declaración obligatoria al Registro Central de Personas Vulnerables, el cual

debe, a su vez, remitir los argumentos de delito al orden público), 31.11 (donde se exige la denuncia de delitos contra los pacientes, incluido el contacto sexual no autorizado, al orden público) (McKinney 2017); 14 N.Y.C.R.R. §§ 524.5 (donde se definen los incidentes de declaración obligatoria), 524.8(a)(1) (donde se exige la denuncia de incidentes de declaración obligatoria al Registro Central de Personas Vulnerables), 524.12 (donde se exige la notificación a parientes cercanos y personas competentes, incluidos los padres de los pacientes menores de edad) (2017).

²¹⁶ N.Y. Mental Hyg. Law § 1.03 (McKinney 2017) (donde se define la “dependencia de sustancias químicas” como el consumo reiterado de alcohol y/o una o más sustancias hasta el punto que existe: evidencia de necesidad física o psicológica de alcohol y/o sustancias, presencia de síntomas físicos de abstinencia de alcohol y/o una o más sustancias, un patrón de consumo compulsivo, y deterioro del desarrollo o funcionamiento normal debido a tal consumo en una o más de las áreas principales de la vida, incluidas, entre otras, las áreas sociales, emocionales, familiares, educativas, profesionales y físicas. A menos que se disponga lo contrario, a los fines de este capítulo, el término “dependencia de sustancias químicas” significará e incluirá el alcoholismo y/o la dependencia de sustancias”).

²¹⁷ N.Y. Mental Hyg. Law § 22.11(b) (McKinney 2017).

²¹⁸ N.Y. Mental Hyg. Law § 22.11(c)(1) (McKinney 2017) (donde se exige que el médico que ordena el ingreso del paciente documente exhaustivamente en la historia clínica del menor los motivos por los que no se exigió la participación de los padres para el tratamiento de ese menor en esa situación en particular).

²¹⁹ N.Y. Mental Hyg. Law § 22.11(c)(2) (McKinney 2017) (donde se exige que el director del programa documente exhaustivamente en la historia clínica del menor los motivos por los que no se exigió la participación de los padres para el tratamiento de ese menor en esa situación en particular).

²²⁰ *Ibid.*

²²¹ N.Y. Mental Hyg. Law § 22.11(a) (McKinney 2017).

²²² N.Y. Mental Hyg. Law § 22.11(d)(1)(ii) (McKinney 2017).

²²³ N.Y. Mental Hyg. Law § 22.11(d)(1)(iv)(B) (McKinney 2017).

²²⁴ N.Y. Mental Hyg. Law § 22.11(d)(1)(iv)(C) (McKinney 2017).

²²⁵ 42 U.S.C. § 290dd-2(a) (2017) (“Los registros de identidad, diagnóstico, pronóstico o tratamiento de un paciente que se conserven en conexión con la ejecución de un programa o una actividad relacionados con la educación, la prevención, la capacitación, el tratamiento, la rehabilitación o la investigación sobre la drogadicción que se lleven a cabo, estén reglamentados, o cuenten con asistencia directa o indirecta de un departamento u organismo de los Estados Unidos deberán (...) ser confidenciales (...”).

²²⁶ 42 U.S.C. § 290dd-2(b) (2017).

²²⁷ 42 C.F.R. § 2.14(a) (2017).

²²⁸ 42. C.F.R. § 2.14(b)(1).

²²⁹ 42. C.F.R. § 2.14(b)(2), (c).

²³⁰ 42 C.F.R. § 2.64 (2017) (donde se detallan el procedimiento y la demostración sustantiva necesarios para obtener una divulgación ordenada judicialmente).

- ²³¹ 42 U.S.C. § 290dd-2(c) (2017).
- ²³² *Comm'r Soc. Servs. v. David R.S.*, 451 N.Y.S.2d 1, 4 (Ct. App. 1982) (“La interpretación habitual favorece los objetivos de la ley federal que abordan la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la drogadicción y el alcoholismo evitando desalentar la iniciativa o disuadir la disposición de las personas para dirigirse a centros manejados conforme a la ley”).
- ²³³ 42 C.F.R. § 2.14(a) (2017) (donde se permite que un paciente menor de edad que tiene capacidad legal para dar su consentimiento para recibir tratamiento controle la divulgación de la información); *ibid.* § 2.14(b) (donde se prohíbe la comunicación con los padres sobre la solicitud de servicios de tratamiento de la drogadicción por parte de un menor, a menos que el menor dé su consentimiento o no tenga la capacidad para tomar una decisión racional sobre dicho consentimiento).
- ²³⁴ Véase en general N.Y. Mental Hyg. Law § 22.05(b) (McKinney 2017) (“Todos los registros de identidad, diagnóstico, pronóstico o tratamiento en conexión con los servicios de tratamiento de la dependencia de sustancias químicas recibidos por una persona serán confidenciales y se divulgarán solamente conforme a las disposiciones pertinentes de la ley de salud pública, cualquier otra ley estatal, la ley federal y las resoluciones judiciales debidamente ejecutadas”).
- ²³⁵ N.Y. Pub. Health Law § 2504(4) (McKinney 2017).
- ²³⁶ *Sullivan v. Montgomery*, 279 N.Y.S. 575, 577 (City Ct. 1935).
- ²³⁷ N.Y. Pub. Health Law § 18(2)(c) (McKinney 2017).
- ²³⁸ *Ibid.*
- ²³⁹ N.Y. Pub. Health Law § 18(3)(c) (McKinney 2017).
- ²⁴⁰ Véase *ut supra* la Sección IV (Asesoramiento psicológico y servicios de salud mental).
- ²⁴¹ Véase, en general, *ut supra* la Sección III.
- ²⁴² N.Y. Human Rights Rules, § 466.13(b)(1) (McKinney 2017) (Book 18 App).
- ²⁴³ *Ibid.*, § 466.13(c).
- ²⁴⁴ *Ibid.*, § 466.13(b)(3), (d); véase también *Doe v. Bell*, 754 N.Y.S.2d 846, 851, 853 (Sup. Ct. 2003) (donde se sostiene que el trastorno de identidad sexual es una discapacidad de acuerdo con la Ley de Derechos Humanos de Nueva York hasta el punto que no se le puede prohibir a un transexual de 17 años en cuidado de acogida que use ropa femenina).
- ²⁴⁵ 18 N.Y.C.R.R. § 505.2(l)(2)(i) (2017) (Un paciente transexual menor de edad que solicita tratamiento hormonal debe: (1) reunir los requisitos para un diagnóstico de distrofia de sexo; (2) haber llegado a la pubertad, con el consiguiente aumento de la distrofia de sexo; (3) no tener ninguna enfermedad psiquiátrica intercurrente; (4) contar con apoyo psicológico y social adecuado durante el tratamiento; y (5) demostrar que comprende los riesgos y beneficios del tratamiento hormonal y del cambio de sexo).
- ²⁴⁶ *Ibid.* § 505.2(l)(2)(ii).
- ²⁴⁷ *Ibid.* § 505.2(l)(3)(i), (ii).
- ²⁴⁸ N.Y.C. Admin. for Children’s Servs., Policy and Procedure 2014/xx, *Non-Medicaid Reimbursable Treatments and Services for Children in the Custody of the Administration for Children’s Services* 4 y n. 3 (16 de diciembre de 2014), https://www1.nyc.gov/assets/acs/pdf/lgbtq/14_12_16_NMR_signed_interim_policy.pdf. Una política complementaria además aclara que la atención para las personas transgénero incluye “psicoterapia de apoyo, tratamientos hormonales, procedimientos quirúrgicos, tratamiento vocal, electrólisis o depilación láser que las personas transgénero solicitan en relación con su género”. Memorando de Benita Miller, N.Y.C. Admin. for Children’s Servs., a ACS and Provider Agency Staff, NMR [Non-Medicaid Reimbursable Treatment] Guidance for Trans-Related Healthcare 1.n.1 (29 de enero de 2013), https://www1.nyc.gov/assets/acs/pdf/lgbtq/acs_NMR_Trans-Related_Healthcare.pdf.
- ²⁴⁹ N.Y.S. Office of Children and Family Servs., *A Medical Guide for Youth in Foster Care 2-4* (agosto de 2011) (donde se describe la práctica habitual de pedir a los padres que deleguen la función de consentimiento en la agencia de cuidado de acogida, pero donde se mencionan circunstancias en las que los menores puede dar consentimiento por su cuenta), <http://ocfs.ny.gov/main/publications/Pub5116SINGLE.pdf>; N.Y.C. Admin. for Children’s Servs., Policy and Procedure 2014/08, *Medical Consents for Children in Foster Care 4-6* (16 de septiembre de 2014) (donde se menciona la regla general de que se exija el consentimiento de los padres o de la agencia, pero donde se describen las circunstancias en las cuales el menor puede dar su consentimiento de manera independiente), http://www1.nyc.gov/assets/acs/pdf/policy_library_search/2014/E.pdf.
- ²⁵⁰ N.Y.C. Admin. for Children’s Servs., Policy and Procedure 2014/08, *Medical Consents for Children in Foster Care 4* (16 de septiembre de 2014), http://www1.nyc.gov/assets/acs/pdf/policy_library_search/2014/E.pdf.
- ²⁵¹ *Ibid.* p. 6.
- ²⁵² Los antecedentes médicos que se pueden divulgar incluyen información que describa afecciones o enfermedades que se consideran hereditarias, todo fármaco o medicamento tomado durante el embarazo por la madre biológica del niño, y toda otra información médica, incluida la información psicológica, que pueda influir en la salud actual o futura del niño. N.Y. Soc. Serv. Law § 373-a (McKinney 2017); N.Y. Soc. Serv. Law § 372(8) (McKinney 2017) (donde se exige la divulgación a los parientes u otras personas que asuman el cuidado de un niño a través de colocaciones distintas de la adopción o el cuidado de acogida).
- ²⁵³ N.Y. Pub. Health Law § 2782(1)(h) (McKinney 2017) (“Ninguna persona que obtenga información confidencial relacionada con el VIH como parte de la prestación de un servicio médico o social o en virtud de una divulgación de información confidencial relacionada con el VIH puede divulgar ni estará obligada a divulgar dicha información, excepto a (...) una agencia autorizada en relación con el cuidado de acogida o la adopción de un niño”).
- ²⁵⁴ N.Y. Soc. Serv. Law § 373-a (McKinney 2017); N.Y. Soc. Serv. Law § 372(8) (McKinney 2017).
- ²⁵⁵ N.Y. Pub. Health Law §§ 2781(2)(d), (4) (McKinney 2017).
- ²⁵⁶ 18 N.Y.C.R.R. § 441.22(a) (2017) (donde se exige a las agencias de cuidado de acogida que proporcionen servicios médicos y de salud integrales para todos los niños en cuidado de acogida a su cargo); 18 N.Y.C.R.R. § 507.1(a) (2017).
- ²⁵⁷ 18 N.Y.C.R.R. 463.1 (2017) (Cada departamento local de servicios sociales deberá ofrecer y proporcionar lo antes posible, cuando se soliciten (...) servicios sociales, educativos y médicos de planificación familiar a las

- personas en edad de procrear, incluidos los menores que pueden considerarse sexualmente activos, que solicitan o son beneficiarios de la asistencia pública, son beneficiarios de asistencia médica solamente o son beneficiarios del ingreso suplementario del Seguro Social); 18 N.Y.C.R.R. § 507.1(c)(9) (2017) (donde se exige que los distritos de servicios sociales proporcionen u organicen servicios de planificación familiar para los niños en cuidado de acogida en un plazo de 30 días de solicitado); 18 N.Y.C.R.R. § 463.2(b)(2) (2017) (los mismos términos para las agencias de cuidado infantil).
- ²⁵⁸ 18 N.Y.C.R.R. § 505.2(l)(2) (2017).
- ²⁵⁹ Véase *ut supra* la nota 248.
- ²⁶⁰ Memorando de Benita Miller, N.Y.C. Admin. for Children's Servs., a ACS and Provider Agency Staff, NMR [Non-Medicaid Reimbursable Treatment] Guidance for Trans-Related Healthcare 1 (29 de enero de 2013) ("La agencia de cuidado de acogida debe cumplir con todos los requisitos de consentimiento médico existentes (...)", https://www1.nyc.gov/assets/acs/pdf/lgbtq/acs_NMR_Trans-Related_Healthcare.pdf. Para conocer los requisitos generales del consentimiento, véase N.Y.S. Office of Children and Family Servs., *A Medical Guide for Youth in Foster Care 2-4* (agosto de 2011), <http://ocfs.ny.gov/main/publications/Pub5116SINGLE.pdf>; N.Y.C. Admin. for Children's Servs., Policy and Procedure 2014/08, *Medical Consents for Children in Foster Care 4-6*, http://www1.nyc.gov/assets/acs/pdf/policy_library_search/2014/E.pdf.
- ²⁶¹ Para obtener información específica sobre los requisitos de elegibilidad de ingresos e inmigración, así como detalles relativos a cómo puede una persona joven inscribirse en uno de estos programas, consulte a una organización de defensa de los adolescentes, como The Door, o llame a uno de los números de teléfono incluidos en esta sección.
- ²⁶² Children's Aid Society, *Public Benefits for Minors and Emancipated Youth* (sin fecha) (archivado en la NYCLU).
- ²⁶³ *Ibid.*
- ²⁶⁴ *Ibid.*
- ²⁶⁵ *Ibid.*
- ²⁶⁶ *Ibid.*
- ²⁶⁷ *Ibid.*
- ²⁶⁸ Este nivel de ingresos (\$35,524 al año para una familia de dos integrantes) constituye el 223% del nivel federal de pobreza, que es el umbral de elegibilidad actual para las mujeres embarazadas y los niños de menos de un año de edad. N.Y.S. Dep't of Health, *Medicaid (Annual and Monthly) Income Levels for Pregnant Women and Children* (marzo de 2015), https://www.health.ny.gov/community/pregnancy/health_care/prenatal/income.htm; N.Y. Social Servs. Law § 366(1)(a)(3) (McKinney 2017) (donde se define que el "tamaño de la familia" en el caso de una mujer embarazada la incluye a "ella misma más la cantidad de hijos que espera parir").
- ²⁶⁹ N.Y.S. Dep't of Health, *Medicaid Prenatal Care Standards* (octubre de 2016), https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/standards/prenatal_care/; N.Y. Soc. Serv. Law § 366(1)(d)(3) (McKinney 2017) (donde se prevé que las mujeres embarazadas están cubiertas "durante el embarazo y durante el período de sesenta días que comienza el último día de embarazo").
- ²⁷⁰ N.Y. Soc. Serv. Law § 366-g (McKinney 2017); 18 N.Y.C.R.R. § 360-3.3(c)(6) (2017).
- ²⁷¹ N.Y.S. Dep't of Health, *Medicaid (Annual and Monthly) Income Levels for Pregnant Women and Children* (marzo de 2015), https://www.health.ny.gov/community/pregnancy/health_care/prenatal/income.htm.
- ²⁷² 42 U.S.C. § 1396a(e)(4) (2017); 42 C.F.R. § 435.117 (2017); N.Y. Soc. Serv. Law § 366-g(4)(a) (McKinney 2017) ("Todo niño de menos de un año cuya madre esté recibiendo asistencia médica, o cuya madre haya recibido asistencia médica en la fecha de nacimiento del niño (...) se considerará inscrito en el programa de asistencia médica independientemente de que se le extienda al niño una tarjeta de identificación de asistencia médica o un número de identificación de cliente, u otra prueba de la elegibilidad del niño").
- ²⁷³ N.Y. Soc. Serv. Law § 365-a(6) (McKinney 2017) (donde se proporciona cobertura a las mujeres embarazadas en la medida en que la participación económica federal esté disponible, con la excepción de que la cobertura no caducará "exclusivamente en razón de la condición de inmigrante de la mujer embarazada, por lo demás elegible"); N.Y.C. Human Res. Admin., Dep't of Soc. Servs., *Guide to Health Insurance and Health Care Services for Immigrants in New York City 1* (2016) (la tabla con el título "Cobertura integral de seguro médico" establece que "Todas las mujeres embarazadas, incluidas las mujeres indocumentadas", son elegibles para la cobertura de Medicaid), <http://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/guide-to-health-insurance-for-immigrants.pdf>; Kaiser Comm'n on Key Facts, *Medicaid and the Uninsured* (julio de 2009) (En la tabla 2, se incluye a Nueva York entre los estados que ofrecen cobertura estatal a todas las inmigrantes documentadas y a la mayoría de las inmigrantes indocumentadas para que reciban atención relacionada con el embarazo), <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7933.pdf>.
- ²⁷⁴ N.Y. Soc. Serv. Law § 366-g (McKinney 2017); 18 N.Y.C.R.R. § 360-3.3(c)(6) (2017).
- ²⁷⁵ N.Y.S. State Dep't of Health, *Comprehensive Family Planning and Reproductive Health Care Services Program, Family Planning Extension Program*, https://www.health.ny.gov/community/pregnancy/family_planning/; N.Y.C. Human Res. Admin., Family Planning Extension Program, <https://www1.nyc.gov/site/ochia/coverage-care/family-planning-extension-program.page>.
- ²⁷⁶ Las leyes federales prevén que un plan estatal de Medicaid debe "proporcionar protecciones que restrinjan el uso o la divulgación de la información sobre los solicitantes y beneficiarios a los fines directamente relacionados con la administración del plan". 42 U.S.C. § 1396a(a)(7) (2017); véase también 42 C.F.R. § 431.305 (2017) (donde se exige a los organismos estatales de Medicaid proteger la información sobre los "servicios médicos proporcionados", entre otras cosas); 42 C.F.R. 431.306 (2017) (donde se restringe la divulgación de información de los organismos estatales de Medicaid y donde se exige el consentimiento de "la familia o la persona, cuando sea posible", antes de divulgar la información a terceros). Las leyes de Nueva York implementan estos mandatos federales. Véase N.Y. Soc. Serv. Law § 367-b(4) (McKinney 2017) ("La información relacionada con las personas que solicitan o reciben asistencia médica debe considerarse confidencial y no se divulgará a personas ni organismos distintos de aquellos que se considera que tienen derecho a tal información según [N.Y. Soc. Serv. Law § 136 (McKinney 2017) (donde se protegen los registros de bienestar público y se especifican las causales de divulgación)] cuando esa divulgación sea necesaria para la correcta administración de los programas de asistencia pública")

²⁷⁷ 11 N.Y.C.R.R. §§ 244.2, 244.3 (2017) (donde se exige a las compañías aseguradoras de Medicaid, Child Health Plus y otros programas elaborar protocolos de confidencialidad que se adapten a las solicitudes razonables de las personas cubiertas de que se las contacte por otros medios o en otros lugares, y donde se prohíbe a las compañías aseguradoras divulgar información al titular de la póliza sobre la ubicación y los servicios médicos del solicitante).

²⁷⁸ N.Y.S. Dep't of Health, *Opt-Out Process Frequently Asked Questions (FAQs): New York's Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP) Program 7* (agosto de 2016), https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/dsrp/docs/opt_out_process_faqs.pdf. Si bien esta publicación corresponde al Programa de Pago de Incentivos para la Reforma del Sistema de Prestaciones dentro de Medicaid, este programa es, de hecho, integral y cubre a los seis millones de inscritos en Medicaid del estado de Nueva York. *Ibid.* p. 3.

²⁷⁹ *Ibid.* p. 7.

²⁸⁰ *Ibid.*

²⁸¹ N.Y. Pub. Health Law §§ 2510-2511 (McKinney 2017).

²⁸² Véase N.Y. Pub. Health Law § 2510(7), (11) (McKinney 2017) (donde se define el alcance de los servicios cubiertos).

²⁸³ N.Y. Pub. Health Law § 2511(2)(a)(iii) (McKinney 2017) (donde se definen los niveles de elegibilidad en función de los ingresos para CHP como hasta un 400% del nivel federal de pobreza); N.Y.S. Dep't of Health, *Child Health Plus, Eligibility and Cost* (mayo de 2016) (donde se muestran los niveles de elegibilidad en función de los ingresos según el tamaño de la familia y las primas que se aplican a cada nivel de ingresos).

²⁸⁴ N.Y.C. Human Res. Admin., *Guide to Health Insurance and Health Care Services for Immigrants in New York City 1* (2016) (donde se establece que Child Health Plus está disponible para “todos los niños menores de 19 años, incluidos los niños indocumentados”), <https://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/guide-to-health-insurance-for-immigrants.pdf>; N.Y. Immigration Coalition, *Welcome to Health Care! ¡Bienvenidos al Cuidado!* 4 (2017) (en los mismos términos), http://welcometocup.org/file_columns/0000/0822/cup-welcome_to_healthcare-mpp_pages.pdf.

²⁸⁵ Entrevistas telefónicas con el centro de asistencia telefónica de Child Health Plus (800-698-4KIDS (1-800-698-4543)) y N.Y. State of Health Marketplace (1-855-355-5777) (7 de julio de 2017).

²⁸⁶ Véase *ut supra* la Sección VI (Medicaid).

²⁸⁷ N.Y. Pub. Health Law § 4903(2)(a) (McKinney 2017).

²⁸⁸ Véase *ut supra* la nota 277.



New York Civil Liberties Union
125 Broad St., 19th Floor
New York, NY 10004
(212) 607-3363 | www.nyclu.org