Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Nombre de la Dirección o Facultad
Nombre de la Coordinación o Escuela

Quito, 3 de mayo de 2018

Nota: Por favor agregar la asignatura de la estudiante.
04/05/2018

Señor Doctor
Gonzalo Vaca Dueñas
SECRETARIO ABOGADO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
Presente.

De mis consideraciones:

En respuesta a su oficio N.454 SJ-2018, presento el informe solicitado en calidad de Profesora Informante de la Disertación de Abogacía titulada "PROBLEMÁTICA JURÍDICA DE LOS TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN EL ECUADOR" presentado por la señorita SONIA AMANDA MOSQUERA MEZA, previo a la obtención del título de Abogada.

El tema de la investigación es novedoso y el objetivo de su disertación se fija en "analizar los límites de la autonomía y voluntad de una persona con anorexia o bulimia para oponerse a tratamiento físico y psicológico que beneficie a su propia salud y la colisión de derechos que la intervención estatal vía judicial generaría"

Para el cumplimiento del objetivo, organiza el desarrollo de la investigación en tres capítulos. En el primero aborda los aspectos generales de los trastornos de la conducta alimentaria y establece como factores de riesgo de la anorexia y bulimia los medios masivos de comunicación.

El capítulo segundo justifica la invisibilización de la anorexia y la bulimia nerviosas en el ordenamiento jurídico del país, sin considerar fuentes del derecho tales como instrumentos internacionales de derechos humanos por ejemplo para temas como las obligaciones del estado o la capacidad de las personas con discapacidad.

En el tercer capítulo, la tesista hace el esfuerzo por formular políticas públicas y reformas al Código Civil sobre la materia (aunque en ello, amplía para comprender otras situaciones jurídicas).

El texto cumple con los requisitos de fondo y de forma requeridos por la Universidad para el desarrollo de trabajos de disertación.

La disertación cuenta con bibliografía específica para el análisis de los trastornos de conducta desde la perspectiva clínica, pero se evidencia déficit de doctrina y argumentación jurídica que hubieren sido de utilidad para enriquecer el enfoque de la propuesta y problematizar su análisis. Se observa que no se cumple con las normas APA.

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Nombre de la Dirección o Facultad
Nombre de la Coordinación o Escuela

Por las consideraciones expuestas, se considera la nota que corresponde a la Disertación "PROBLEMÁTICA JURÍDICA DE LOS TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN EL ECUADOR" titulada es la de OCHO sobre DIEZ.

Muy atentamente,

Dra. Adriana Monesterolo Lencioni
Profesora Agregada PUCE

Dirección Física del Campus
Apartado postal 17-01-2184
Telf.: (+593) 0 000 0000 ext. 0000
Ciudad – País www.puce.edu.ec

Quito, 24 de mayo de 2018

Doctor
Gonzalo Vaca Dueñas
Secretario Abogado
Facultad de Jurisprudencia
PUCE
Presente.-

Estimado Doctor:

En respuesta a su oficio No. 455-SJ-18 en mi calidad de Profesora informante de la Disertación intitulada "PROBLEMÁTICA JURIDICA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN EL ECUADOR" elaborada por la señorita SONIA AMANDA MOSQUERA MEZA, me dirijo a usted para informar sobre lo requerido.

Es clara la importancia del análisis sobre los trastornos alimenticios y sus efectos a nivel jurídico especialmente sobre los límites en la autonomía y voluntad para tomar decisiones sobre el tratamiento efectivo. La prevalencia de la condición de las personas con anorexia nerviosa o bulimia es un fenómeno creciente y en efecto el marco normativo no cubre de manera específica lo relativo a su manejo, en las diferentes situaciones en las que las personas titulares de derechos merecen que éstos sean protegidos, con la debida diferenciación que les corresponde sobre todo por edad, como lo plantea la disertante.

La disertación al inicio desarrolla en exceso lo relacionado con las consideraciones médicas, que si bien aporta elementos para comprender la situación de salud y las opciones de tratamiento, dificulta que esta información sea aprovechada en lo relativo al análisis jurídico, mucho de esta información pudo ser parte de un anexo que sea suficientemente desarrollado en concordancia con el resultado de otras herramientas de investigación.

Se aprecia una adecuada revisión doctrinaria, normativa y de política pública para desarrollar los argumentos que sustenta la tesis, aunque es cuestionable que se afirme que esta condición de salud equivale a una discapacidad intelectual que pueda dar pauta a una interdicción. Sin duda, la propuesta de ampliar la cobertura de atención prioritaria a personas con TCA como una enfermedad catastrófica es útil y válida.

Sobre la colisión de derechos humanos y su respeto para garantizar la vida y en beneficio de la salud de las personas que sufren TCA resulta adecuado el análisis y ofrece algunas opciones válidas que en determinado contexto pueden ser aplicables, en el que el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad es clave.

Finalmente, se propone tanto la elaboración de una política pública como el proyecto de reforma al código civil en que se incluye lo relativo al tratamiento a personas declaradas en interdicción, acorde con los argumentos esgrimidos. Cabe señalar que las propuestas, si bien abordan de manera integral algunos elementos que inciden en los TCA, como lo

relativo a la comunicación, debería reconsiderarse la importancia de eliminar tendencias sancionatorias para fortalecer procesos de reeducación social que pueden resultar más interesantes y de amplio impacto.

Cabe una sugerencia de forma sobre las fuentes y bibliografía, puesto que deben estar organizadas y clasificadas debidamente para distinguirlas de documentación institucional, jurisprudencia y normativa consultada.

Con estos antecedentes, califico la tesis con la nota de NUEVE sobre diez (9/10)

Dra. Elizabeth García A.
Profesora Facultad de Jurisprudencia

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA

ESCUELA DE DERECHO

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

ABOGADA

"PROBLEMÁTICA JURÍDICA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN EL ECUADOR"

NOMBRE: SONIA AMANDA MOSQUERA MEZA

DIRECTORA: DRA. SONIA MERLYN

QUITO, 2018

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque me ha bendecido con una familia tan maravillosa que dudo que eso pueda ser atribuido a la suerte.

A mi madre, Sonia Meza, por ser el corazón de mi vida y la calma constante en la que sé que puedo descansar para seguir adelante. Gracias por creer siempre en mí y por enseñarme que el trabajar constantemente en ser una buena persona es mucho más importante que un título. Valoro muchísimo lo que haces diariamente por mí.

A mi padre, Carlos Mosquera, por ser mi maestro y por sembrar en mí el amor por el Derecho, dándome la oportunidad de aprender de su mano. Eres mi gran inspiración. Estoy orgullosa de saber que, en el ejercicio de la profesión, aunque no muchos, me encontraré abogados con tu calidad humana y profesional.

A mi hermana, Lizeth Mosquera, por ser mi compañía favorita y eterna; porque estás a mi lado sin importar qué pase y a pesar de que el silencio no sea característico de mí. Sin duda siempre has sido uno de mis referentes de firmeza, excelencia y humildad.

A la Doctora Sonia Merlyn, por su paciencia al dirigir esta disertación y por lo increíblemente generosa que ha sido siempre con sus conocimientos.

A mi familia, amigos y compañeros de trabajo más cercanos, por sus ánimos y por acompañarme con una palabra de aliento en cada paso de mi vida.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, porque con mucho orgullo se ha convertido en mi *alma máter*.

DEDICATORIA

A mis padres y mi hermana, por ser los pilares que sostienen mi vida. Esto es para ustedes, porque este logro es gracias a su amor, apoyo incondicional y paciencia. Simplemente gracias por tanto. Son la bendición más grande de mi vida. Les amo infinitamente.

A mis abuelitos Natacha, Yolanda, Carlos y Luis, porque su amor incondicional, enseñanzas y apoyo jamás pasaron desapercibidos. Este logro es para ustedes, porque, cada uno a su manera, supieron dotar siempre de calidez a mi alma. Les amo infinitamente.

A mi compañera de infortunios, porque siempre me impulsaste a ser valiente y no callar ante las injusticias. Te extraño.

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria han pasado de ser una epidemia de baja intensidad en los países desarrollados para convertirse en una pandemia[1] ejemplo de la globalización en ideas, usos y costumbres. (Morandé, 2014)

Como se colige de la lectura de esta afirmación, la incidencia de la anorexia y bulimia nerviosas es cada vez mayor, por lo que a lo largo del presente trabajo investigativo se va a analizar y entender las implicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria para, a partir de ello, tratar cuatro aristas jurídicas que estos pueden conllevar:

La primera arista hace referencia a los derechos en conflicto que se presentan en dos circunstancias en específico: El derecho a la libertad de expresión vs. Salud pública en cuanto a las páginas web que promueven la anorexia y bulimia nerviosas, considerando las personas que escriben dichas páginas web y la población receptora de las mismas; y, los derechos en colisión cuando una persona mayor de 18 años, con su presunción de capacidad intacta, es sometida a tratamiento involuntario, los cuales son el derecho al consentimiento informado, confidencialidad de lo tratado en la relación médico-paciente y autonomía de la voluntad vs. El derecho a la vida, salud e integridad física de dicha persona.

La segunda arista versa acerca de dos grupos de atención prioritaria especialmente relevantes para efectos del presente trabajo investigativo: Los niños, niñas y adolescentes como foco poblacional en el que generalmente inician los trastornos alimenticios y su derecho al consentimiento informado, considerando los límites propios de la patria potestad e incapacidad legal (relativa o absoluta); y, las personas con enfermedades catastróficas, en virtud de lo cual se considerará si la anorexia y bulimia podrían ser consideradas como enfermedades catastróficas a la luz del ordenamiento jurídico ecuatoriano.

La tercera arista será respecto a las políticas públicas que tengan como objeto la prevención de la anorexia y bulimia nerviosa, las cuales son una prerrogativa del Ministerio de Salud Pública en la legislación ecuatoriana. Asimismo, se describirán las políticas públicas que al respecto hayan sido generadas y desarrolladas en el Ecuador y en otros países

[1] La pandemia es definida dentro del Diccionario de la Real Academia Española, de la siguiente manera: *"Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región"* (Real Academia Española, s.f.)

como Chile, Argentina y España, para, a partir de ello, finalmente proponer una política pública viable en nuestra realidad ecuatoriana.

Finalmente, la cuarta arista trata específicamente de la capacidad de una persona con anorexia o bulimia nerviosas para negarse a recibir tratamiento, lo cual será tratado a partir de la presunción de capacidad que consagra el Código Civil ecuatoriano. Así, se analizará la posibilidad de imponer un tratamiento coercitivo a una persona con un trastorno de la conducta alimentaria mediante la declaratoria judicial de incapacidad, tal como se evidencia en la legislación española, asemejando dicha figura jurídica a la figura de interdicción por demencia contemplada en la legislación ecuatoriana, ya que en Ecuador no existe una regulación específica al respecto. Para concluir, además, se propondrá una reforma normativa al respecto en la legislación ecuatoriana.

ABSTRACT

Eating disorders have turned from a low intense epidemy in developed countries to a pandemic, example of ideas, uses and costumes globalization. (Morande, 2014)

As we can conclude from the lecture of this affirmation, the incidence of nervous anorexia and bulimia is growing, so throughout this investigative work, medical implications of eating disorders are to be analysed and understood, to talk about four legal edges that these disorders can carry.

The first edge refers to rights in conflict that are presented in two specific circumstances: The right to freedom of expression vs. Public health related to web pages that promote nervous anorexia and bulimia, considering the people that write these web pages and the population they reach; and the rights in collision when a person older than 18 years old, with their intact presumption of capacity intact, is submitted to involuntary treatment, which are the right to informed consent, confidentiality of the spoken in medic-patient relationship and will autonomy vs. right to live, health and physical integrity of this person.

The second edge treats two groups of priority attention specially relevant to this investigative work: boys, girls, adolescents as population focus in which eating disorders usually begin and their right to informed consent, considering the limits of parents' custody and the (relative or absolute) legal incapacity; and the people with catastrophic diseases, under which it will be considered if anorexia and bulimia could be seen as catastrophic diseases according to the Ecuadorian legal system.

The third edge will be about public politics that have as purpose the prevention of nervous anorexia and bulimia, which are a prerogative of Public Health Ministry in the Ecuadorian legislation. Likewise, public politics that have been generated and developed in Ecuador and in other countries such as Chile, Argentina and Spain will be described, to propose a viable public politic in our Ecuadorian reality.

Finally, the fourth edge is specifically about the capacity of a person with nervous anorexia and bulimia to refuse to receive treatment, which will be treated beginning with the presumption of the capacity that consecrate de Ecuadorian Civil Code. Thus, the possibility to impose a coercive treatment to a person with an eating disorder through the judicial

declaration of incapacity, as evidenced in the Spanish legislation, resembling this legal concept to the figure of interdiction for dementia contemplated in the Ecuadorian legislation, due to in Ecuador it does not exist any specific regulation about it. To conclude, a normative reform will be proposed regarding the Ecuadorian legislation.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO ..... **II**

DEDICATORIA ..... **III**

RESUMEN ..... **IV**

ABSTRACT ..... **VI**

OBJETIVOS DEL TRABAJO INVESTIGATIVO ..... **XI**

OBJETIVO GENERAL ..... **XI**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... **XI**

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ..... **XII**

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA ..... **XV**

MARCO CONCEPTUAL ..... **XVII**

MARCO METODOLÓGICO ..... **XXII**

INTRODUCCIÓN **26**

CAPÍTULO PRIMERO: ASPECTOS GENERALES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA **29**

1. ¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA? **29**

1.1. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)…..... 31

1.1.1. Anorexia, bulimia y medios masivos de comunicación 35

1.1.1.1. Blogs, vlogs y foros pro anorexia y bulimia (Pro-Ana y Pro-Mia): ¿Colisión del derecho a la libertad de expresión vs derecho a la salud pública? 41

1.2. Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria 58

2. ¿QUÉ ES LA ANOREXIA NERVIOSA? **59**

2.1. Subtipos de la anorexia nerviosa 61

2.2. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa 62

3. ¿QUÉ ES LA BULIMIA NERVIOSA? **69**

3.1. Subtipos de la bulimia nerviosa 71

3.2. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa 72

4. CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)…….. 77

5. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)……..... 80

5.1. Derechos fundamentales que deben ser garantizados mediante el tratamiento médico: Colisión de derechos en el tratamiento involuntario a personas con trastornos de la conducta alimentaria 87

CAPÍTULO SEGUNDO: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA INVISIBILIZADAS DENTRO DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO ECUATORIANO..... 95

1. PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA SEGÚN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y NORMAS SECUNDARIAS..... 95

1.1. Anorexia y bulimia como enfermedades catastróficas dentro del régimen jurídico ecuatoriano 95

1.2. Anorexia y bulimia en niños, niñas y adolescentes 101

1.2.1. Consentimiento informado en niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia……..... 103

2. POLÍTICAS PÚBLICAS REFERENTES A LA PREVENCIÓN DE ANOREXIA Y BULIMIA: OBLIGACIÓN ESTATAL CONTEMPLADA EN EL PROYECTO DE CÓDIGO ORGÁNICO DE SALUD EN CONTRASTE CON LA LEY ORGÁNICA DE SALUD 114

2.1. Políticas públicas de prevención de anorexia y bulimia adoptadas en Ecuador……..... 119

2.2. Políticas públicas de prevención de anorexia y bulimia adoptadas en otros países: Chile, Argentina y España 124

3. ANÁLISIS DOCTRINARIO DE LA CAPACIDAD CIVIL DE LAS PERSONAS MAYORES DE EDAD CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) 140

3.1. Incapacidad de una persona anoréxica o bulímica en legislación comparada……..... 141

3.2. Análisis de la figura de interdicción por demencia dentro del Código Civil y ordenamiento jurídico ecuatoriano 144

3.2.1. Imposición de tratamiento a una persona declarada en interdicción por demencia: ¿Tratamiento involuntario? 151

CAPÍTULO TERCERO: PROPUESTA FRENTE AL VACÍO LEGAL Y DE POLÍTICA PÚBLICA REFERENTE A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA 162

1. PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA REFERENTE A LA ANOREXIA Y BULIMIA 162

2. PROPUESTA DE REFORMA NORMATIVA 166

CONCLUSIONES 177

RECOMENDACIONES 177

ANEXOS CLXXXVII

LISTA DE REFERENCIAS CCVII

NORMATIVA UTILIZADA: CCXIX

OBJETIVOS DEL TRABAJO INVESTIGATIVO

Objetivo general

Analizar los límites de la autonomía y voluntad de una persona con anorexia o bulimia para oponerse a tratamiento físico y psicológico que beneficie a su propia salud y la colisión de derechos que la intervención estatal vía judicial generaría.

Objetivos específicos

1. Determinar los antecedentes de los trastornos de la conducta alimentaria con relación a los derechos constitucionales de las personas que sufren de esta condición (anorexia y bulimia)
2. Identificar el vacío legal y de política pública referente a los trastornos de la conducta alimentaria en el Ecuador y los efectos que esto ocasiona. Análisis de casos.
3. Proponer políticas públicas y reforma normativa en el Ecuador respecto de la prevención y tratamiento de la anorexia y bulimia, a partir del derecho comparado.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Este es un tema necesario a ser analizado debido a que, tal como lo afirman Fairburn y Harrison (2003), aun cuando los TCA no son los trastornos mentales más prevalentes, es alarmante la rapidez con la que en pocos años (aproximadamente tres décadas) se incrementaron sus cifras (de dos a cinco veces más). (Perpiñá, 2014, pág. 622)

Con una conclusión similar, Hoek y Van Hoeken (2003) establecen que, según datos compilados sobre la evolución de los TCA en el último siglo, la anorexia nerviosa aumentó considerablemente hasta los años 1970 y sus cifras se han estabilizado desde entonces, mientras que la incidencia de la bulimia nerviosa sigue experimentando una tendencia ascendente. (Perpiñá, 2014, pág. 623)

En contraposición a dicha postura, existen estudios que concluyen que los índices de anorexia, actualmente, incluso se han expandido a niños y niñas de 12 años de edad. (El Correo, 2016)

Al respecto, Conxa Perpiñá indica que, por lo que respecta al curso, la anorexia nerviosa suele iniciarse entre los 13 y 18 años, aunque cada vez es más frecuente encontrarse casos de menor edad. (Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 623)

Por otro lado, en cuanto a la bulimia nerviosa, la misma autora identifica que esta patología suele tener un inicio más tardío que la anorexia nerviosa, ya que puede presentarse incluso al inicio de la madurez, aunque la edad de inicio más frecuente está entre los 18 y 22 años de edad. (Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 623)

De esta manera, Edgar Ilg, psicólogo colaborador de la Asociación Contra la Anorexia y Bulimia de Euskadi, afirma que las nuevas tecnologías han viralizado los trastornos alimenticios y aunque la ciudadanía es más consciente de que dicho tema se trata de una problemática de salud, todavía se debe mejorar las ayudas públicas y el tratamiento en centros hospitalarios, ya que el no acudir a especialistas agrava un trastorno de la alimentación. (El Correo, 2016)

Asimismo, la Doctora Marga Serra, en su libro “Trastornos del Comportamiento Alimentario: Enfoques preventivos” establece que los trastornos alimenticios son un

problema emergente en las sociedades occidentalizadas, ya que constituyen la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil dentro de los países desarrollados; además, estos trastornos conllevan la resistencia al tratamiento y han sido calificadas como algunos investigadores como una epidemia[2], debido a su incidencia y prevalecía. (Serra, 2015)

Corroborando dicha afirmación, Conxa Perpiñá identifica a los trastornos de la conducta alimentaria como alteraciones cuya incidencia ha aumentado dramáticamente en las sociedades occidentales. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008)

Acorde a esto, en estudios realizados en Estados Unidos se estableció que 15 de cada 100 personas mueren por este trastorno. (Román, 2012)

Por otro lado, en España, según INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) la prevalencia de la anorexia y bulimia es alta, ya que los trastornos alimenticios se producen en personas entre 15 y 29 años, de las cuales 92.8% son mujeres; y, además, se estableció que en este país existe medio millón de personas que padecen anorexia nerviosa y bulimia, casos que han conllevado más de 100 muertes. (Román, 2012)

Por otra parte, en México, según la DEMAC (Documentación y estudios de mujeres), 12% de adolescentes presentan bulimia, 1% adopta las conductas de anorexia y la edad promedio en que inician con dichas actitudes es a los 17 años. (Román, 2012)

Por esta razón es que, aun cuando en Ecuador no existen todavía cifras exactas acerca de la incidencia de anorexia y bulimia, se debe comenzar a realizar estudios dentro del país para tener conocimiento del fenómeno al cual nos enfrentamos a nivel interno.

Asimismo, se deben instaurar programas para prevenir e informar a la población ecuatoriana antes de llegar a los extremos que ya constituyen realidades en otros países, para lo cual se requiere que el Estado deje de invisibilizar[3] a las personas que sufren anorexia y bulimia nerviosas.

[2] La epidemia es definida dentro del Diccionario de la Real Academia Española de la siguiente manera: *"Enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a un gran número de personas"* (Real Academia Española, s.f.)

[3] Oscar Vilhena Vieira establece que se habla de invisibilidad cuando el sufrimiento de ciertos segmentos de la sociedad no genera una reacción moral o política en los más beneficiados y, por tanto, no dispara una respuesta legal adecuada en los funcionarios estatales. (Vilhena Vieira, 2007)

De igual manera, se debe analizar la posibilidad de hospitalizar a una persona mediante una orden judicial, ya que ninguna persona puede ser sometida arbitrariamente a tratamiento involuntario, debido a la presunción de capacidad de la que estamos investidos todos los ecuatorianos.

Es por ello que en el presente trabajo se pretende analizar los derechos a la salud, vida e integridad personal, los cuales se ven comprometidos por la anorexia y bulimia nerviosas, así como los derechos al consentimiento informado, confidencialidad de la información tratada en la relación médico-paciente y autonomía, para poder determinar la importancia de que dicha contraposición de derechos sea analizada vía judicial.

Para dicho análisis se utilizará el Derecho Comparado, a través del cual se pretende analizar las legislaciones referentes al tratamiento involuntario vía judicial de España, así como sus políticas públicas, sumadas a las de Argentina y Chile. Estas legislaciones han sido escogidas debido a su tradición romanista, la cual comparten con el Ecuador. Además, fueron escogidos por sus altos índices de anorexia, lo que ha generado que estos países se vean obligados a instaurar políticas públicas para la prevención de dichas patologías.

Finalmente, hago hincapié en que el Derecho es un sistema de control y, por lo tanto, tiene las medidas y facultades posibles para lograr una solución adecuada a los problemas presentados. Es así que, al ser la anorexia y la bulimia problemas reales, latentes y con los que conviven muchas personas y las familias de las mismas, ni el gobierno de turno ni la legislación vigente deberían ponerlos de lado sólo porque las personas que los padecen no constituyen una mayoría.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA

El enfoque de investigación será un enfoque multidisciplinario, ya que conllevará la perspectiva médica, social y jurídica. Así, en primer lugar, mediante los enfoques médico y social, se pretenderá poner énfasis en lo que este trastorno puede causar en la persona, qué lo gatilla, cómo combatirlo y a qué señales hay que estar atentos a la hora de sospechar si alguien cercano tiene anorexia.

Asimismo, mediante el presente trabajo investigativo, quisiera resaltar que, en nuestro país, aunque pocos y sólo a nivel privado, sí han existido centros médicos y fundaciones para detener desórdenes alimenticios. Entre ellos existió un centro médico llamado 'The Center', el cual estuvo ubicado al norte de Quito, cuyos miembros manifestaron que en el 2011 atendieron cerca de 120 casos referentes a anorexia y bulimia, provenientes de varias ciudades de Ecuador. (Román, 2012)

Es importante establecer que el psiquiatra Gonzalo Morandé ha establecido que los trastornos alimentarios son enfermedades mentales que cursan con complicaciones médicas, psiquiátricas y familiares que condicionan su evolución; cuya incidencia y prevalencia ha aumentado claramente durante estas últimas décadas. (Capítulo I: Introducción, 2014)

Tal aumento ha existido de personas que presentan un trastorno de la conducta alimentaria, que la psicóloga Conxa Pepiñá afirma que estas patologías se han convertido en una especie de epidemia de finales del pasado milenio en las sociedades occidentales, al menos en su impacto. (Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 605)

Por otro lado, mi investigación irá en torno a la sociedad ecuatoriana, en cuya legislación se ha declarado a los niños, niñas y adolescentes como incapaces absolutos y relativos, respectivamente, para cuidar de su persona y patrimonio y los somete a las decisiones de aquellos que tienen a su cargo la tarea de crianza y formación, por lo cual el niño, niña o adolescente será titular de derechos, pero no podrá ejercerlos por sí mismo, sino sólo a través de sus representantes. (Gorvein & Polakiewicz, 1998)

Además, se hará alusión al vacío legal existente en cuanto al tratamiento involuntario de personas mayores de 18 años que padecen trastornos de la conducta alimenticia.

Este vacío legal podría ser perjudicial debido a que, tal como lo menciona Carmen del Río Sánchez en su artículo "Cuestiones ético-legales en los trastornos de la alimentación", existen pacientes graves que se niegan a ser alimentados, lo que genera que, antes de instaurar medidas como la alimentación forzada y otras intervenciones psicoterapéuticas, estos deberán ser considerados como incompetentes para tomar decisiones. (Del Río, 2014)

Finalmente, las personas con anorexia y bulimia se han visto invisibilizadas desde el punto de vista de las políticas públicas, ya que, aun cuando en el numeral 19 del artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud se establece como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública dictar, en coordinación con otros organismos competentes, las políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo la prevención de trastornos causados por deficiencia de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios; no se han implementado políticas públicas eficaces al respecto en el Ecuador. (Registro Oficial Suplemento 423, 2006)

MARCO CONCEPTUAL

Alimento: Según el artículo 295, Capítulo V, Libro Sexto de la Ley Orgánica de Salud, alimento es todo producto natural o artificial que ingerido aporta al organismo de los seres humanos, los materiales y la energía necesarios para el desarrollo de los procesos biológicos; comprendiendo también las sustancias y mezclas de las mismas que se ingieren por hábito o costumbre, tengan o no valor nutritivo. (Registro Oficial Suplemento 423, 2006)

Desnutrición: Es aquella condición patológica inespecífica, sistemática y reversible en potencia que resulta de la deficiente utilización de los nutrimentos por las células del organismo. (Márquez González, y otros, 2012)

Enfermedad catastrófica: Según el artículo 295, Capítulo V, Libro Sexto de la Ley Orgánica de Salud, enfermedad catastrófica es aquella que cumple con las siguientes características (Registro Oficial Suplemento 423, 2012):

- **a.** Que implique un alto riesgo para la vida de la persona.
- **b.** Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente.
- **c.** Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Índice de masa corporal: Es un indicador de la relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para identificar el peso insuficiente, el peso excesivo y la obesidad en los adultos.(Organización Mundial de la Salud, 2016)

Servicios de salud: Según el artículo 295, Capítulo V, Libro Sexto de la Ley Orgánica de Salud, servicios de salud son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento y que son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutiva, niveles de atención y complejidad. (Registro Oficial Suplemento 423, 2006)

Derecho a la salud: La Organización Mundial de la salud, en su Nota descriptiva No. 323, establece que el derecho a la salud se refiere a que los gobiernos tienen la obligación de crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Por tanto, el derecho a la salud no debe ser entendido como el derecho a estar sano. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Asimismo, el Observatorio DESC ha definido al derecho a la salud como la posibilidad de disfrutar de un abanico de facilidades, servicios, bienes y condiciones catalogadas como necesarias para, con estos, lograr el más alto nivel de salud posible. (Observatorio DESC)

En este orden de cosas, el Comité de derechos económicos, sociales y culturales de las Naciones Unidas, ha indicado que el derecho a la salud se encuentra vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y, además, depende de ellos. Es así que estos constituyen componentes integrales del derecho a la salud y entre ellos se encuentran: derecho a la alimentación, vida, dignidad humana, entre otros. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000)

Bajo esta línea de pensamiento, en la Nota descriptiva No. 323 de la Organización Mundial de la Salud antes citada, se establece que el derecho a la salud contará con dos componentes (Organización Mundial de la Salud, 2013):

a. Factores determinantes: Para que el derecho a la salud sea efectivo, requiere condiciones laborales saludables y seguras, vivienda adecuada, alimentos nutritivos, entre otros.
b. Atención de salud.

Posteriormente, en esta misma Nota descriptiva se enumeran los cuatro elementos que abarca el derecho a la salud (Organización Mundial de la Salud, 2013):

1. Disponibilidad: Los Estados tienen la obligación de contar con número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud.
2. Accesibilidad: Presenta cuatro dimensiones:
    a. No discriminación
    b. Accesibilidad física
    c. Accesibilidad económica
    d. Acceso a la información
3. Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos a la ética médica y culturalmente apropiados.
4. Calidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados.

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud, a través de la Nota descriptiva No. 323, recuerda que, al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados tres tipos de obligaciones (Organización Mundial de la Salud, 2013):

1. Respetar: No perjudicar.
2. Proteger: Adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
3. Cumplir: Adoptar medidas positivas para hacer efectivo el derecho a la salud.

Derecho a la vida: Según la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el derecho a la vida no solamente presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados tomen todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva). (Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala, 1999)

Es así que, en otra sentencia, la Corte Interamericana de Derechos Humanos identificó que los Estados deben adoptar las medidas necesarias para crear un marco normativo adecuado que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida, es decir que debe, además, salvaguardar el derecho a que no se impida el acceso a las condiciones que garanticen una vida digna. (Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay, 2006)

Derecho a la vida privada: Engloba aspectos de la identidad física y social, incluyendo el derecho a la autonomía personal y el derecho a establecer y desarrollar relaciones con otros seres humanos y con el mundo exterior; por cuanto incluye la forma en que el individuo se ve a sí mismo y cómo decide proyectarse hacia los demás, constituyéndose en una condición indispensable para el libre desarrollo de la personalidad. (Zúñiga, s.f.)

Derecho a la autonomía personal: La Organización Mundial de la Salud ha definido la autonomía como la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales sobre cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias. Esta definición hace referencia a las decisiones. (Pié Balaguer, y otros, 2012)

De esta misma manera, en la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre envejecimiento, se conceptualizó a la autonomía personal como la capacidad percibida para

controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias. (Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Derecho a la libertad personal: Según la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el derecho a la libertad personal Implica la posibilidad de todo ser humano de auto-determinarse y escoger libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia. (Caso Gelman Vs. Uruguay, 2011)

Principio de autonomía: Dentro de la ética clínica, la autonomía se entiende como el autogobierno y capacidad para decidir por uno mismo acerca de la propia salud, pero esto se acepta sólo bajo el precepto de que la persona sea perfectamente competente y apta para tomar decisiones por sí misma, es decir, que sea médicamente lúcida y mentalmente capaz. (García Guerrero, 2008)

De igual manera, acorde a lo tratado en la jornada realizada por la Universidad de Valencia, la autonomía está definida como uno de los principios bioéticos clásicos que salvaguarda la libertad del paciente para elegir o rechazar un determinado tratamiento médico. (IX Jornada del Grupo Interdisciplinar de I+D "Bioderecho", 2014)

Principio de beneficencia: Es un principio de la ética médica que constituye la esencia del paternalismo médico: El médico aplica el tratamiento que él considere pertinente y necesario de acuerdo al padecimiento de su paciente. Es así que el profesional de la salud actuará, según su concepto subjetivo de *bien* o de *bienestar*, en defensa de los intereses del paciente y su autoridad es legítima sobre los deseos de éste. (García Blanco, 2013)

Consentimiento informado: Consiste en la explicación por parte del médico u operador de salud al paciente (o su familia, en caso de que este no sea competente), acerca de la naturaleza de su enfermedad y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para, a continuación, solicitar su aprobación para someterlo a dichos procedimientos. (Anguita, s.f., pág. 8)

Competencia: Es la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrente, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles a cada uno de ellos para, a continuación, tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores. Es así que el término competencia hace

alusión a la capacidad de una persona de decidir sobre una alternativa terapéutica. (Llovet Haya, 2002)

Este término es fundamentalmente bioético, mientras que capacidad es un término jurídico. Es por ello que la competencia la deben evaluar los médicos, mientras que la declaración de incapacidad de una persona corresponde a los jueces. (García Guerrero, 2008)

Capacidad de goce: De acuerdo con el libro "Curso de Derecho Civil", la capacidad de goce es la aptitud legal para adquirir derechos. (Vodanovich, 1945, pág. 437)

Capacidad de ejercicio: Es la aptitud legal de una persona para ejercer por sí misma (sin el ministerio o autorización de otra) los derechos que le competen (Vodanovich, 1945, pág. 438)

Interdicción: Según el libro "Sistema de Derecho Civil", la interdicción, llamada incapacitación en la legislación española, constituye un estado civil de la persona física que se declara judicialmente cuando ocurre en ella alguna de las causas establecidas por la ley. Es así que la persona no cambia su estado civil de capaz por el de incapaz hasta que no termine el procedimiento judicial. (Díez-Picazo & Gullón, 2003)

Por tanto, la interdicción constituye la condición jurídica acreditada mediante un procedimiento judicial y su correspondiente sentencia en firme, que determina que una persona no puede ejercer su capacidad jurídica en nombre propio, ya sea en relación con todos o algunos de los actos jurídicos de carácter personal o patrimonial. (Guashpa Gómez, 2015, pág. 52)

Demencia: En el libro "Explicaciones de Derecho Civil Chileno y Comparado" se determina que este término dentro del Código Civil hace referencia a la enajenación mental bajo todas las formas en que pueda presentarse y en todos sus grados, cualquiera que sea el nombre que se le dé. (Claro Solar, 1979, pág. 100)

En este mismo sentido, en el libro "Instituciones de Derecho Civil: Parte General", se indica que el término demencia dentro del Código Civil constituye una denominación común para todas las personas afectadas por enfermedades mentales. (Rivera, 1998, pág. 449)

MARCO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizará la recopilación documental, en la cual se verán inmiscuidos todos los conceptos y antecedentes relacionados con el tema de la anorexia como problemática social y jurídica. Es así que la consulta será basada en documentos escritos, entre los cuales destacará la utilización de libros y tesis antes especificadas en el marco teórico, así como también otras fuentes bibliográficas virtuales de libros y artículos que se irán citando conforme avance la investigación.

Por otro lado, también se va a realizar una entrevista a un doctor especialista en el tema, quien ayudará a discernir si una persona anoréxica puede ser considerada como 'demente' bajo la premisa planteada por Luis Claro Solar, en su libro "Explicaciones de Derecho Civil Chileno y Comparado", para, así, encuadrarla dentro de la causal de interdicción establecida en el Código Civil.

1. Levantamiento de textos médicos para la comprensión de las causas y consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la anorexia.

Fuentes principales a ser analizadas	**Información que se pretende recolectar**
Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. [Traducido al español de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*DSM–5*)]. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.	Principales trastornos alimenticios: Factores que pueden provocarlos y sus complicaciones médicas, conductuales, cognitivas, psicopatológicas y socio familiares.
Morandé, G. (2014). Capítulo I: Introducción. En G. Morandé, M. Graell, & A. Blanco (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral* (pp. 5-8). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.	¿Qué son los trastornos alimenticios? La anorexia y bulimia se transmiten mediante ideología y conductas de riesgo que las acompañan.

2. Estudio del articulado de la Constitución de la República del Ecuador, Ley Orgánica de Salud, Código Civil y demás leyes ecuatorianas referentes a los derechos y capacidad de una persona con anorexia.

Fuentes principales a ser analizadas	Información que se pretende recolectar
Constitución de la República del Ecuador, de 14 de febrero de 2018. Registro Oficial 449, de 20 de octubre del 2008.	Derecho a una vida digna, a la salud, alimentación, nutrición e integridad personal, contrapuestos a los derechos de libre desarrollo de la personalidad y a la toma de decisiones libres, responsables e informadas sobre la salud propia de la persona.
Código Civil (Codificación 2005-010), de 12 de abril del 2017. Registro Oficial Suplemento 46, de 24 de junio del 2005.	Los dementes no pueden ser privados de su libertad personal sino hasta cuando se obtenga autorización judicial en caso de temer por su vida.
Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 2002-100), de 31 de mayo del 2017. Registro Oficial 737, de 03 de enero del 2003.	Derechos y obligaciones relativas a la salud de niños, niñas y adolescentes.
Ley Orgánica de Discapacidades, de 29 de abril del 2016. Registro Oficial Suplemento 796, de 25 de septiembre del 2012.	Disposición reformatoria: Se reforma en ciertos artículos del Código Civil la palabra 'demente' por 'persona con discapacidad intelectual'

3. Estudio de la legislación española referente al internamiento y tratamiento involuntario a personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Fuentes principales a ser analizadas	Información que se pretende recolectar
Del Río Sánchez, C. (2014). Capítulo VII: Cuestiones ético-legales en los trastornos de la alimentación. En G. Morandé, M.	Consentimiento informado y tratamiento involuntario: Procedimiento y derechos potencialmente vulnerados.

Graell, & A. Blanco (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral* (pp. 53-59). Madrid: Editorial Panamericana S.A.	
Código Civil español. Real Decreto de 24 de julio de 1889. BOE-A-1889-4763 de 25 de julio de 1889.	Causas de incapacitación dentro de la legislación española. El tutor necesitará autorización judicial para el internamiento del tutelado en un establecimiento de salud mental.
Ley 1/2000, de 08 de enero de 2000, de *Enjuiciamiento Civil*. BOE-A-2000-323 de 08 de enero de 2001.	Procedimiento judicial para internamiento no voluntario en caso de personas que padezcan trastorno psíquico.

4. Revisión de las políticas públicas en el Ecuador que sean aplicables a los trastornos de la conducta alimentaria y comparación con políticas públicas aplicadas en otros países.

Fuentes principales a ser analizadas	**Información que se pretende recolectar**
Ley Orgánica de Salud (Ley 2006-67), de 12 de abril del 2017. Registro Oficial Suplemento 423, de 22 de diciembre del 2006.	Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y el Estado el dictar políticas públicas para la prevención de trastornos alimenticios.
Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud. (2017). *Informe favorable para primer debate del Proyecto de Código Orgánico de Salud.* Recuperado de http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/filesasambleanacionalnameuid-29/Leyes%202013-2017/234% 20cod-	(Art. 124) Prevención de enfermedades como obligación estatal.

salud-wgarzon-28-03-2016/inf-1d-cod-salud-15-03-2017.pdf	
Serra, M. (2015). *Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos.* Barcelona, España: Editorial UOC.	Prevención de trastornos alimenticios: Políticas públicas y estudios españoles

5. Identificación de criterios jurisprudenciales ecuatorianos e internacionales con respecto al tratamiento médico forzado a personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Fuentes principales a ser analizadas	**Información que se pretende recolectar**
Corte Suprema de Justicia, Tercera Sala (8 de Marzo de 1976). Nulidad de matrimonio. Gaceta Judicial No. 11, Serie XII.	Caso de jurisprudencia ecuatoriana que trata la definición del término 'demencia'.
Audiencia Provincial con sede en Castellón de la Plana. (28 de Diciembre de 2011). Rollo apelación civil número 151/2011. Resolución judicial de internamiento involuntario, 54/2011. Recuperado de http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&databasematch=AN&reference=6286022&links=Anorexia%20Y%20incapacidad%20y%20internamiento&optimize=20120228&publicinterface=true	Caso en el que se abarca el alcance del término 'trastorno psíquico' dentro de la legislación española.

INTRODUCCIÓN

Según el libro "Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad: Un enfoque integral", existen dos responsabilidades atribuidas a los profesionales sanitarios: por un lado, la de tratar el trastorno eficazmente y, por el otro, respetar la autonomía del paciente, sus preferencias y valores; por lo que, cuando una persona con anorexia o bulimia se opone a un tratamiento necesario, se produce un conflicto potencial entre el respeto a la autonomía que tiene el paciente de tomar decisiones libres sobre su salud y la promoción de su bienestar. (Del Río, 2014)

Bajo esta línea de pensamiento, el presente trabajo investigativo busca, entre otras interrogantes, absolver la siguiente: ¿qué medidas jurídicas se pueden tomar frente al peligro de muerte de una persona mayor de 18 años con un trastorno de la conducta alimentaria que no quiere recibir atención médica? Esta pregunta se aborda partir de la autonomía personal, considerando la figura jurídica de la interdicción como un medio por el cual se podría limitar dicha autonomía para precautelar la vida de la persona con anorexia o bulimia.

A partir de ello, es importante identificar la existencia del sector que establece que es la misma persona que padece de anorexia o bulimia la que debe decidir, en todos los casos, si recibir un tratamiento médico.

Esta postura ha sido adoptada por la Constitución de la República del Ecuador, en cuyo artículo 66, numeral 5, reconoce y garantiza el derecho al libre desarrollo de la personalidad, sin más limitaciones que los derechos de los demás; asimismo, en el numeral 10 del mismo artículo, se reconoce a las personas el derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud, por cuanto debe existir un consentimiento informado por parte de los pacientes para que estos sean sometidos a un tratamiento, así como también estos tendrán derecho a la confidencialidad de lo tratado con su médico, consagrados en el artículo 362 de la norma jurídica ibídem. (Registro Oficial 449, 2008)

Con el mismo criterio, Carmen Del Río Sánchez, en su artículo "Cuestiones ético-legales en los trastornos de la alimentación" establece que el someter a una persona a tratamiento involuntario puede vulnerar su derecho a la autonomía y también el derecho a que se mantenga la confidencialidad de lo tratado en la relación personal. (Del Río, 2014, pág. 53)

Por otro lado, existe otro sector para el cual tendría que primar el derecho del paciente a la vida y la vida digna, derecho consagrado en el artículo 66, numeral 2 de la Constitución de la República del Ecuador e incluye la salud, alimentación y nutrición de la persona. (Registro Oficial 449, 2008)

Este sector considera indispensable tener en cuenta que los tratamientos de estos trastornos de la conducta alimentaria se realizan en un marco de urgencia debido a las consecuencias e implicaciones que conllevan, ya que la mortalidad por anorexia es del 20% de las personas que la padecen, cerca del 50% se recuperan, pero un 25% padecerán anorexia crónica durante toda su vida. (Albuja & Mogollón, 2003)

Esta postura ha sido adoptada por la legislación española, en cuya Ley de Enjuiciamiento Civil, artículo 763, numeral 1, prevé el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, el cual, además, requerirá autorización judicial. (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, 2001)

A partir de ello, la Audiencia Provincial con sede en Castellón de la Palma ha emitido varias jurisprudencias al respecto, entre ellas la resolución 54/2011, en la cual se identifica que cuando el artículo antes mencionado habla de "trastorno psíquico" como causa de internamiento, tendrá concordancia con el artículo 271 del Código Civil Español, en el cual se admite internamiento cuya finalidad sea educativa dirigida a personas que padecen limitaciones o trastornos de orden psíquico o intelectual que requieren un centro especializado, entre las que se encuentran las personas que presentan un cuadro de anorexia o bulimia nerviosas, ya que el tratamiento de dichas patologías se lleva a cabo en centros especializados no psiquiátricos. (Resolución judicial de internamiento involuntario, 2011)

Es por esto que, a partir de estas dos posturas, se analizará si se puede encuadrar a una persona con trastorno de la conducta alimentaria dentro de la figura de 'demente' que establece el Código Civil Ecuatoriano en su artículo 1463, para especificar si, dado el caso, se podría declarar en interdicción a dicha persona para que se le asigne un curador y se la pueda ingresar en tratamiento médico sin su consentimiento o voluntad.

Ahora bien, en el caso de los niños, niñas y adolescentes, el proceso de consentimiento informado entre el profesional y el niño, niña o adolescente, conllevará dificultades en cuanto a una serie de variantes: el grado de maduración individual y los cuatro factores que determinan

la capacidad para el consentimiento informado (razonamiento, comprensión, voluntariedad y naturaleza de la decisión a tomar). (Aguilar Sierra, 2011)

Es así que, en el mismo artículo, se detalla que, en los niños y niñas, el principio de autonomía posee limitaciones claras, pero no por ello se debe descuidar la necesidad propia de la edad y de la competencia de que ellos participen y colaboren en cualquier proceso diagnóstico o terapia que reciban. (Aguilar Sierra, 2011)

Esto guarda concordancia con el Capítulo IV del libro "Los derechos del niño en la familia: Discurso y realidad", el cual se denomina "El derecho del niño a decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo" establece que los niños, niñas y adolescentes son personas humanas, titulares de derechos y obligaciones, al igual que el adulto, y, como tal, es sujeto de derechos. (Gorvein & Polakiewicz, 1998)

A partir de ello, en el mismo texto se indica que los derechos humanos pertenecen a los niños, niñas y adolescentes bajo la autoridad de los padres u otra representación legal, por cuanto dichos padres o encargados de la custodia del niño son responsables de velar por su bienestar. (Gorvein & Polakiewicz, 1998)

Por tanto, el mejor interés del niño es el principio que rige para toda actividad vinculada con los niños, niñas y adolescentes. (Gorvein & Polakiewicz, 1998)

Es por ello que en el presente trabajo investigativo se realizará un análisis del consentimiento informado en este grupo de atención prioritaria, considerando las limitaciones propias de que en nuestro ordenamiento jurídico sean reconocidos como incapaces absolutos y relativos, respectivamente.

Capítulo primero:
Aspectos generales de los trastornos de la conducta alimentaria

1. ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?

Marga Serra, dentro de su libro "Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos", define a los trastornos de la conducta alimentaria como trastornos mentales que se caracterizan por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso. (Serra, 2015)

Por su parte, Gonzalo Morandé define a los trastornos alimentarios como enfermedades mentales que cursan con complicaciones médicas, psiquiátricas y familiares que van a condicionar su evolución. (Capítulo I: Introducción, 2014, pág. 9)

Un tercer autor, el psicólogo y psiquiatra Josep Toro, en su texto denominado 'Etiopatogenia', indica que los trastornos de la conducta alimentaria, como cualquier síndrome psiquiátrico, son enfermedades multicausales; pero cuya diferencia radica en la presencia de alteraciones nutricionales. (Toro, 2014, pág. 17)

Incluso, la psicóloga Conxa Perpiñá menciona que los trastornos de la conducta alimentaria agrupan un conjunto de problemas caracterizados por comportamientos, creencias y emociones anómalos sobre la alimentación, el peso y la forma corporal; además que, a la luz del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, estos son clasificados como trastornos mentales. (Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 605)

Acorde a la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos tienen como característica esencial una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, lo cual lleva, a su vez, a una alteración en el consumo o absorción de alimentos y causa un deterioro significativo en la salud física o funcionamiento psicosocial de quien lo padece. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 329)

Sumado a esto, Fairburn y Walsh (2002) definen a los TCA como alteraciones de los hábitos alimentarios y de las conductas de control de peso que dañan significativamente la salud o el comportamiento psicosocial de la persona, y, además, no son secundarios a ningún trastorno

mental o médico, sino que son trastornos autónomos. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 605)

A partir de las definiciones médicas antes descritas, se colige como elemento común que los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos mentales; pero, ¿qué implica para el Derecho que los TCA constituyan trastornos psíquicos?

En palabras del jurista Juan Palomar de Miguel, los trastornos mentales son perturbaciones de las facultades mentales del sujeto afectado. (Diccionario para Juristas, 2000, pág. 1570)

En esta misma línea, en el Diccionario de Derecho de Manuel Ossorio y Florit, se considera a los trastornos como enajenaciones mentales, por cuanto dicha denominación reúne todo tipo de anormalidad psíquica que produce descontrol de la actividad intelectual y volitiva de la persona. (Ossorio y Florit, 2007)

Por tanto, de acuerdo a las definiciones médicas y jurídicas antes especificadas, los autores coinciden en que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) deben ser considerados como enajenaciones mentales caracterizadas por generar alteraciones en el comportamiento del sujeto frente a la ingesta de comida debido a su obsesión por controlar su peso, lo cual generará, entre otras consecuencias, un descontrol de su actividad volitiva.

Es necesario hacer un énfasis en que la actividad volitiva de la persona se verá afectada debido a que hablamos de pacientes que padecen trastornos caracterizados por generar una escasa o nula conciencia de enfermedad. (Perpiñá, 2014, pág. 618)

Dentro del análisis realizado, se deberá considerar que, debido a dicha afección volitiva, dentro del ámbito jurídico, la anorexia y bulimia nerviosas tendrán incidencia en la capacidad del sujeto afectado, lo cual será analizado en capítulos posteriores.

Finalmente, se debe identificar que existen varios factores que van a condicionar la presentación y prolongación de los trastornos de la conducta alimentaria en una persona, por lo que a continuación se hará un análisis pormenorizado al respecto.

1.1. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Previamente a detallar lo que conllevan los factores de riesgo de los TCA, es imprescindible identificar que estos trastornos no son enfermedades contagiosas, ya que lo que se transmiten son las ideologías y las conductas de riesgo que le acompañan, lo cual podría verse influenciado por los factores de riesgo a los que se hará alusión en el presente apartado. (Morandé, 2014, pág. 5)

Es por ello que, tomando en cuenta dicha consideración, los trastornos de la conducta alimentaria tendrán tres tipos de difusión (Morandé, 2014, págs. 5-6):

a. **Transmisión vertical:** Este tipo de difusión se realiza desde los medios de comunicación y publicidad, los cuales han desplazado su atención al cuerpo delgado como ideal y estándar de belleza. (Morandé, 2014, pág. 5)
b. **Transmisión horizontal:** Este tipo de difusión de los TCA se realiza de unas chicas a otras, mediante presión, identificación, imitación o por competencia; por cuanto existirán niñas vectores (quienes transmiten la conducta) y otras susceptibles de ser contagiadas. (Morandé, 2014, págs. 5-6)
c. **Transmisión transgeneracional:** Quienes transmiten la conducta en este tipo de difusión, son, generalmente, la madre o abuela, ya que extienden la preocupación por el cuerpo a sus descendientes. (Morandé, 2014, pág. 6)

A partir de ello se evidencia que la conducta alimentaria anómala podrá ser transmitida a través de las vías antes especificadas; vías que, además, serán influenciadas por fuerzas que interactúan, tal como lo establecen Garfinkel y Garner (1982) y Toro y Villardel (1987), como factores de riesgo predisponentes, desencadenantes y perpetuantes de los TCA. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 407)

Es por ello que, en el presente apartado, se detallará cada uno de estos factores de riesgo, tanto de forma general para los TCA, como de forma particular para la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Es así que, en primer lugar, los factores desencadenantes, también llamados precipitantes, son aquellos que inician con el trastorno alimentario y que se definen por el fracaso del individuo por adaptarse a las demandas que se le piden en un momento dado, como, por ejemplo, el haber recibido críticas sobre su imagen corporal, haber padecido algún

acontecimiento vital que implique un cambio brusco en la vida del adolescente (cambio que puede implicar desde una mudanza hasta incluso haber sufrido abusos sexuales) o el haber tenido antecedentes de sobrepeso. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 407)

Por otro lado, en cuanto a los factores perpetuantes, estos también son llamados factores de mantenimiento, ya que estos explican la prolongación del cuadro en el tiempo y, además, se deben fundamentalmente a las consecuencias físicas y psicológicas derivadas de la psicopatología del trastorno alimentario, como son, por ejemplo, el aislamiento social, actividad física excesiva y las consecuencias de la inanición. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, págs. 407-408)

Posteriormente, respecto a los factores predisponentes, Marga Serra los identifica como aquellos factores personales, familiares, sociales y culturales que influencian a una persona para que presente un trastorno de la conducta alimentaria. (Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos, 2015, pág. 15)

A partir de esta especificación, se detallarán los factores personales, familiares, sociales y culturales que, en conjunto, constituyen factores predisponentes de un TCA, ya que estos trastornos son, en sí mismos, enfermedades multifactoriales:

a. **Factores personales:** Marga Serra manifiesta que entre los factores personales que influencian a una persona a presentar un cuadro de anorexia o bulimia nerviosas, destacan la baja autoestima, el alto nivel de auto exigencia y de perfeccionismo y el miedo a madurar. (Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos, 2015, pág. 16)

   Por su parte, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría denomina a estos factores personales como factores temperamentales y los identifica como factores de riesgo presentes tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, págs. 342-348)

   Es así que, como puntos concordantes, los autores José Plumed y Luis Rojo indican que entre los rasgos psicológicos más frecuentemente señalados como indicadores de vulnerabilidad para un trastorno de la conducta alimentaria se puede encontrar la baja autoestima y los rasgos obsesivo-compulsivos. (Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, 2014, pág. 31)

Es así que estos factores temperamentales, específicamente como factores de riesgo en la anorexia nerviosa, consisten en que las personas que en su infancia mostraron trastornos de ansiedad o rasgos obsesivos son más propensas a desarrollar anorexia nerviosa. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 342)

Finalmente, estos factores de riesgo, específicamente en la bulimia nerviosa, radican en que las preocupaciones sobre el peso, la baja autoestima, los síntomas depresivos, los trastornos de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada en la infancia van a verse asociados a un mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa en el futuro. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 348)

b. **Factores familiares:** La Asociación Estadounidense de Psiquiatría denomina a estos factores familiares como factores genéticos y fisiológicos. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, págs. 342-348)

Dentro de estos factores destacan los posibles conflictos, incomunicación, auto exigencia sobre el cuerpo y el sobrepeso de la madre. (Serra, 2015, pág. 16)

Además, respecto a estos factores, José Plumed y Luis Rojo establecen que la estructura familiar y el tipo de relación entre pacientes con TCA y sus familias ha sido objeto de diversos estudios, de los cuales se concluyó que los niveles altos de preocupación por parte de la familia para que los adolescentes cambiaran su aspecto corporal, además de actitudes negativas de crianza por parte de los padres, llevan a un mayor índice de conductas alimentarias patológicas. (Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, 2014, pág. 30)

Estos factores familiares, como factores de riesgo específicos para la anorexia nerviosa, radican en que existe un mayor riesgo de presentar este TCA entre los familiares biológicos de primer grado de las personas que tienen el trastorno. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 342)

Finalmente, estos factores de riesgo específicos para la bulimia nerviosa, consiste en que la obesidad en la infancia y el desarrollo puberal temprano aumentan el riesgo de bulimia nerviosa, así como también podría existir una transmisión familiar de la

bulimia nerviosa o vulnerabilidad genética para el trastorno. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 348)

c. **Factores sociales y culturales:** La Asociación Estadounidense de Psiquiatría denomina a estos factores sociales y culturales como factores de riesgo ambientales. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, págs. 342-348)

Posteriormente, respecto a los factores sociales y culturales se destacarán los modelos sociales que favorecen el culto a un cuerpo delgado, la influencia de la publicidad y de la moda. (Serra, 2015, pág. 16)

Dentro de este factor, José Plumed y Luis Rojo añaden los factores socioeconómicos y la prevalencia por sexos. (Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, 2014, pág. 29)

Respecto a los factores socioeconómicos, dichos autores indican que, hasta ahora, se ha relacionado un estatus socioeconómico alto y medio alto con un mayor riesgo de sufrir anorexia nerviosa, pero este predominio se pierde para el caso de la bulimia nerviosa. (Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, 2014, pág. 29)

Por otro lado, respecto a la prevalencia por sexos, los trastornos de la conducta alimentaria se darán fundamentalmente en mujeres; sin embargo, también existen estudios tendientes a afirmar que los varones homosexuales podrían tener una prevalencia mayor de trastorno alimentario que los heterosexuales, pero, actualmente, no se puede afirmar que la homosexualidad sea un factor de riesgo en el trastorno alimentario. (Plumed & Rojo, 2014, pág. 28)

En este sentido, en el libro “Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos” se identifica que, por sexo, 9 de cada 10 personas enfermas son mujeres, por cuanto solamente un 10% de las personas que presenten un trastorno de la conducta alimentaria son hombres. (Serra, 2015, pág. 16)

Respecto a estos factores ambientales como factores de riesgo propios de la anorexia nerviosa, este TCA se ve directamente relacionado con la cultura y los entornos en los que se valora la delgadez, así como con las profesiones y aficiones que la alientan,

como, por ejemplo, el modelaje o deportes de élite. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 342)

Finalmente, respecto a estos factores sociales y culturales como específicos de la bulimia nerviosa, la interiorización de un ideal de cuerpo delgado aumenta el riesgo a presentar este trastorno, así como también los individuos que sufrieron abusos de carácter físico o sexual en la infancia tendrán mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 348)

En conclusión, los trastornos de la conducta alimentaria son patologías adquiridas a través de una difusión vertical, horizontal o transgeneracional, la cual, además, se verá influenciada por distintos factores de riesgo que variarán en cada individuo según sus circunstancias particulares y que harán que la persona presente un cuadro de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa y que este se prolongue en el tiempo.

Es por ello que, tomando en consideración el papel trascendental de los medios de comunicación masiva en la actualidad en cuanto a que constituyen, en sí mismos, transmisores verticales de los TCA, a continuación, se analizará la importancia y magnitud de su influencia en la prevalencia y mayor incidencia de dichas patologías en nuestra sociedad contemporánea.

1.1.1. Anorexia, bulimia y medios masivos de comunicación

Para efectos del presente apartado, es necesario considerar que, tal como lo establecieron Valdés y Arroyo (2004), una de las variables más relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria es la autoestima, la cual constituye la valoración que cada persona hace de sí misma, a la luz de su auto-representación o autoconcepto. (Baile & Ruiz, s.f., pág. 2)

A partir de la repercusión que tiene la autoestima como factor predisponente de la anorexia y bulimia nerviosas, los cánones de belleza actuales exigen un ideal de belleza física basada en la extrema delgadez; y este ideal toma aún más fuerza con los medios masivos de comunicación, los cuales, en palabras de Baile, González y Ruiz (2009), son considerados hoy en día como uno de los factores predisponentes más importantes en los TCA, debido a la influencia que puede ejercer en la insatisfacción corporal y la autoestima de los adolescentes, como mayor población de riesgo. (Baile & Ruiz, s.f., pág. 2)

Con criterio similar, en el texto "Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria" se establece que los medios de comunicación se han revelado hasta la actualidad como transmisores del patrón ideal de belleza, por cuanto se ha relacionado el grado de exposición a los medios masivos de comunicación con la insatisfacción corporal y la práctica de dieta. (Plumed & Rojo, 2014, pág. 29)

Acorde a esto, en dicho texto se mencionan estudios realizados en los cuales se concluyó que la internalización del ideal alimentario es más intensa en mujeres que en hombres y esta se dará, principalmente, en las y los adolescentes que tenían mayor exposición a programas de televisión y revistas referidas a imagen corporal. (Plumed & Rojo, 2014, pág. 29)

Ahora bien, se debe entender que los medios de comunicación masivos no son, en sí mismos, la causa de los TCA, pero tienen un impacto muy significativo, ya que existe una correlación muy marcada entre los trastornos de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal, y la exposición a imágenes de personas delgadas. (Universidad Internacional de Valencia, 2017)

Esto fue demostrado en un estudio realizado en las Islas Fiyi por Becker et al. (2011), en el cual se investigó durante años la influencia de la introducción masiva de la televisión en los TCA; para lo que estudiaron a un grupo de adolescentes que residía en un territorio en el que antes de 1995 no había llegado la televisión. (Universidad Internacional de Valencia, 2017)

Después de tres años de estudio, se constató que muchos indicadores de TCA habían aumentado entre los adolescentes, lo que fue más notable debido a que, culturalmente, en Fiyi están más aceptados los cuerpos robustos. (Universidad Internacional de Valencia, 2017)

Ahora bien, la legislación ecuatoriana, a través de la Ley Orgánica de Comunicación, ha pretendido regular y disminuir el impacto de los medios de comunicación social[4] en las personas receptoras, especialmente de los niños, niñas y adolescentes, lo que se evidencia en la norma deontológica contenida en su artículo 10, numeral 2, literal a, en el cual establece que ninguna persona natural o jurídica que participe en el proceso de comunicación deberá incitar a que los

[4] Acorde los artículos 4 y 5 de la Ley Orgánica de Comunicación, esta Ley no regula la información u opinión que de modo personal se emita a través de internet, ya que define a los medios de comunicación social como las empresas, organizaciones públicas, privadas y comunitarias, así como a las personas concesionarias de frecuencias de radio y televisión, que prestan el servicio público de comunicación masiva que usan como herramienta medios impresos o servicios de radio, televisión y audio y vídeo por suscripción, cuyos contenidos pueden ser generados o replicados por el medio de comunicación a través de internet. (Registro Oficial Suplemento 22, 2013)

niños, niñas y adolescentes imiten comportamientos perjudiciales o peligrosos para su salud. (Registro Oficial Suplemento 22, 2013)

Adicionalmente, en el artículo 15 de dicha Ley se especifica que los medios de comunicación promoverán de forma prioritaria el ejercicio de los derechos de la comunicación de los niños, niñas y adolescentes, atendiendo al principio de su interés superior. (Registro Oficial Suplemento 22, 2013)

Esto se encuentra respaldado por el artículo 32 de la Ley Orgánica de Comunicación, el cual, en su último inciso, establece que la difusión de contenidos que vulneren los derechos de los niños, niñas y adolescentes, de acuerdo a lo establecido en el Código de la Niñez y Adolescencia, será sancionado administrativamente por la Superintendencia de la Información y Comunicación con una multa de 5 a 10 remuneraciones básicas mínimas unificadas, como una medida de responsabilidad ulterior[5]. (Registro Oficial Suplemento 22, 2013)

Al considerar que los niños, niñas y adolescentes tienen, acorde al artículo 45 del Código de la Niñez y Adolescencia, derecho a la información y que en los artículos 46 y 47 de dicho Código se les garantiza ese derecho a través de la prohibición expresa a medios de comunicación social de emitir información que, aprovechándose de la falta de madurez de este grupo de atención prioritaria, les induzcan a comportamientos perjudiciales o peligrosos para su salud (considerada como información inadecuada para su desarrollo) (Registro Oficial 737, 2003); en los casos en que un medio de comunicación social emita información propiciando la delgadez extrema como ideal de belleza o haciendo apología de los trastornos de la conducta alimentaria en horarios de franja familiar o en publicaciones dirigidas a la familia y a los niños, niñas y adolescentes, la Superintendencia de la Información y Comunicación podría, en virtud del articulado antes detallado, sancionarlo con la imposición de una multa.

Por otro lado, en cuanto la publicidad emitida por los medios de comunicación social, la Ley Orgánica de Comunicación, en su artículo 69, prevé que, de considerarlo necesario, la Superintendencia de la Información y Comunicación podrá disponer, mediante resolución fundamentada, la suspensión inmediata de la difusión de publicidad engañosa; ya que, acorde al artículo 71, numeral 7 de la norma ibídem, todos los medios de comunicación tienen la

[5] El artículo 19 de la Ley Orgánica de Comunicación define a las responsabilidades ulteriores como la obligación que tiene toda persona de asumir las consecuencias posteriores a difundir contenidos que lesionen los derechos establecidos en la Constitución. (Registro Oficial Suplemento 22, 2013)

responsabilidad de impedir la difusión de publicidad engañosa o que atente contra los derechos humanos de las personas (Registro Oficial 737, 2003)

Ahora bien, ¿qué es considerado como publicidad engañosa? Según el artículo 50 del Decreto Ejecutivo 214 relativo al Reglamento General a la Ley Orgánica de Comunicación, se considera publicidad engañosa aquella que se define en los artículos 2 y 7 de la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor; y que, en virtud de la protección de derechos de los ciudadanos, puede ser suspendida temporalmente, hasta que se realice el debido proceso que establezca la suspensión definitiva o la continuidad de su difusión. (Registro Oficial Suplemento 170, 2014)

Adicionalmente, en el artículo 63, numerales 6 y 7 de dicho Decreto Ejecutivo, se establece que la publicidad destinada a niños, niñas y adolescentes, en general, deberá fomentar la alimentación saludable y desalentar a la no saludable. (Registro Oficial Suplemento 170, 2014)

A partir de estas consideraciones y de la remisión que hace dicho Decreto a la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor, debemos considerar que la definición de publicidad engañosa no abarcaría a la publicidad que induzca a comportamientos perjudiciales o peligrosos para la salud de niños, niñas y adolescentes, ya que la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor da esa definición para la publicidad abusiva. (Registro Oficial Suplemento 116, 2000)

Sin embargo, en el artículo 7 de la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor, al cual también nos remite el Decreto antes especificado, se establecen los casos en los que se cometen infracciones publicitarias, los cuales, es necesario recalcar, no son una enumeración taxativa, sino ejemplificativa, ya que utiliza como conector a la frase “en especial cuando se refiere a”, de lo que se infiere que en los casos de publicidad abusiva, al estar prohibida en la norma, también constituirían una infracción publicitaria que podría estar sujeta a suspensión temporal y definitiva. (Registro Oficial Suplemento 116, 2000)

En razón de dichas especificaciones y en virtud de la atribución conferida a la Superintendencia de la Información y Comunicación en el último inciso del artículo 94 de la Ley Orgánica de Comunicación, en caso de que exista publicidad que haga apología de los trastornos de la conducta alimentaria y, por tanto, se constituya en publicidad abusiva, esta podría esta ser suspendida temporalmente por dicho organismo de control en virtud de que estaría atentando contra derechos reconocidos en la Constitución de la República del Ecuador, específicamente los derechos de niños, niñas y adolescentes como grupo de atención prioritaria;

para, después del debido proceso[6], sancionar a los proveedores de estas publicidades y suspender definitivamente dicha publicidad. (Registro Oficial 737, 2003)

Por tanto, aquellas publicidades que promuevan un ideal de belleza basado en la delgadez extrema y, a partir de ello, puedan constituirse como factores predisponentes de anorexia y bulimia nerviosas; tales como publicidades que tengan como modelos a personas extremadamente delgadas (que no tengan un índice de masa corporal adecuado para su cuerpo), podrían ser sancionadas por la Superintendencia de la Información y Comunicación, en virtud del articulado antes detallado.

Esta afirmación se encuentra respaldada por lo estipulado en el artículo 46 del Código de la Niñez y Adolescencia, el que hace alusión a las prohibiciones relativas al derecho a la información:

> **Art. 46.- Prohibiciones relativas al derecho a la información. –** Se prohíbe:
>
> 1. La circulación de publicaciones, videos y grabaciones dirigidos y destinados a la niñez y adolescencia, que contengan imágenes, textos o mensajes inadecuados para su desarrollo; y cualquier forma de acceso de niños, niñas y adolescentes a estos medios;
> 2. La difusión de información inadecuada para niños, niñas y adolescentes en horario de franja familiar, ni en publicaciones dirigidas a la familia y a los niños, niñas y adolescentes; y,
> 3. La circulación de cualquier producto destinado a los niños, niñas y adolescentes, con envoltorios que contengan imágenes, textos o mensajes inadecuados para su desarrollo.
>
> Estas prohibiciones se aplican a los medios, sistemas de comunicación, empresas de publicidad y programas. (Registro Oficial 737, 2003)

A partir del último inciso del este artículo, se evidencia que las empresas de publicidad que emitieren publicidad abusiva, también podrían ser sancionadas de acuerdo a lo establecido a la Ley Orgánica de Comunicación, artículo 94, ya que estarían incurriendo en una vulneración del derecho a la información de los niños, niñas y adolescentes.

Ahora bien, en caso de incumplimiento de las prohibiciones contenidas en el mismo artículo 46 del Código de la Niñez y Adolescencia, se podría estar cometiendo una infracción contra el derecho a la información, acorde a lo estipulado en el artículo 250 del mismo cuerpo legal; infracción que sería sancionada, tal como lo especifican los artículos 245 y 250 del Código de la Niñez y Adolescencia, con una multa de 100 a 500 dólares con carácter de sanción

[6] El procedimiento se regula en el Reglamento de Infracciones Administrativas de la Ley Orgánica de Comunicación, emitido por el Consejo de Regulación y Desarrollo de la Información y Comunicación, publicado en Registro Oficial 147 de 19 de diciembre de 2013.

administrativa y que sería juzgada y resuelta por la Junta de Protección de Derechos del cantón en que se cometió la infracción.[78] (Registro Oficial 737, 2003)

Asimismo, dicho Código dispone, en su artículo 247 que además de la multa antes mencionada, las entidades de atención y servicio público y privado que cometan una infracción contra el derecho a la información, además de ser sancionadas con la multa, serán sancionadas con suspensión de cinco días, la primera vez, un mes la segunda vez y con clausura definitiva la tercera vez. (Registro Oficial 737, 2003)

Sin embargo, es importante recalcar que, en virtud del principio *non bis in ídem*, una misma publicación o propaganda emitida por un medio de comunicación social no podría ser sancionada administrativamente más de una vez, por lo que quien tendría la competencia para conocer y sancionar a un medio de comunicación por alguna publicación o propaganda que haga apología de los TCA y, por tanto, induzca a los niños, niñas y adolescentes a conductas peligrosas o nocivas para su salud - entre la Junta Cantonal de Protección de Derechos (regulada dentro del Código de la Niñez y Adolescencia) y la Superintendencia de la Información y Comunicación (regulada dentro de la Ley Orgánica de Comunicación) - sería la autoridad que prevenga en el conocimiento de la causa.

Finalmente, cabe recalcar que de todas las disposiciones antes descritas se colige que los medios de comunicación masivos tienen una influencia muy grande en los niños, niñas y adolescente, quienes, debido a su falta de madurez, podrían interiorizar a la delgadez extrema como su ideal de belleza, lo que les podría derivar a adoptar conductas nocivas para su salud, tales como un trastorno de la conducta alimentaria. Es por ello que el Estado, en protección de la indemnidad psíquica y física de los niños, niñas y adolescentes, tiene regulado lo relativo a las publicaciones y publicidades emitidas por los medios de comunicación masivos tradicionales; sin embargo, ¿qué sucede en el caso de las publicaciones emitidas de modo

[7] Acorde a los artículos 236 y 237 del Código de la Niñez y Adolescencia, el procedimiento administrativo de protección de derechos puede iniciarse de oficio o mediante denuncia verbal o escrita de los legitimados activos, que son los siguientes: **1.** El niño, niña o adolescente afectado; **2.** Cualquier miembro de su familia, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; **3.** La Defensoría del Pueblo; **4.** Las defensorías comunitarias; y, **5.** Cualquier otra persona o entidad que tenga interés en ello. (Registro Oficial 737, 2003)

[8] En el Título VIII del Libro III del Código de la Niñez y Adolescencia (artículos 235 a 244), se establecen las etapas del procedimiento administrativo de protección de derechos: **1.** Conocimiento del hecho o recepción de denuncia (y la citación personal o por boletas); **2.** Audiencia; **3.** Audiencia de prueba; **4.** Resolución; y, **5.** Impugnación (reposición o apelación)

personal en internet, las cuales no están siendo reguladas ni por la Ley Orgánica de Comunicación ni por el Código de la Niñez y Adolescencia?

Para absolver esa pregunta, en el siguiente apartado me enfocaré en hacer mención expresa y un análisis pormenorizado de los blogs, vlogs y foros pro anorexia y bulimia (Pro-Ana y Pro-Mia), páginas web en las que se ofrece asesoramiento para adelgazar y llegar a ser 'princesas' y 'príncipes' (denominación que adoptan cuando consiguen su objetivo de perder kilos), además de tener un sinfín de símbolos, eslóganes e iconografías, llegando incluso a animar a las personas que padecen de anorexia o bulimia nerviosas a llevar pulseras rojas (Pro-Ana) y moradas o negras (Pro-Mia) para reconocerse unas a otras en cualquier lugar. (Albor, 2014)

1.1.1.1. Blogs, vlogs y foros pro anorexia y bulimia (Pro-Ana y Pro-Mia): ¿Colisión del derecho a la libertad de expresión vs derecho a la salud pública?

Dentro de este apartado es indispensable establecer que las personas que presentan un cuadro de anorexia o bulimia nerviosas, tienen una 'pasión' por la consecución de su propósito de perder peso y controlar la ingesta de comida, propósito que es percibido como un logro importante y como signo de autodisciplina y control. (Perpiñá, 2014, pág. 619)

Esta 'pasión' se refleja perfectamente en el respaldo y popularidad que han adquirido en la cultura de Internet las páginas 'Pro-Ana' y 'Pro-Mia', en las que los pacientes hacen publicidad de sus estrategias de pérdida de peso y animan a otros pacientes a seguir permaneciendo fieles a esta peculiar 'comunidad', considerándose de algún modo especiales y privilegiados. (Perpiñá, 2014, pág. 619)

Adicionalmente a esto, para efectos del presente apartado, se debe entender la diferencia existente entre los blogs, vlogs y foros, la cual radica en lo siguiente:

a. **Blogs:** El Diccionario Panhispánico de Dudas –DPD- (2005) define a los blogs como sitios electrónicos personales, donde una persona escribe a modo de diario o sobre temas que despiertan su interés, y donde quedan recopilados los comentarios que estos textos suscitan en sus lectores. (Pinilla Gómez, 2011)

b. **Vlogs (Video Blogs):** Constituye un tipo de blog en el que una persona publica videos en los que trata temas de interés personal y donde se aceptan comentarios o enlaces a otros videos. (Pinilla Gómez, 2011)
c. **Foros:** Son plataformas en las que se propone un tema y este es comentado por otros usuarios, generando, de esa manera, un debate al respecto. (Pinilla Gómez, 2011)

Una vez entendidas estas definiciones, a lo largo del presente apartado se incluirán estos términos específicos dentro de la expresión genérica que los engloba: Herramientas de la comunicación.

Es importante identificar que las herramientas de la comunicación nos permiten crear y compartir tanto información como opiniones a los demás usuarios de internet y, en la actualidad, estas no se limitan a los blogs, vlogs y foros. (Confederación de Empresarios de Andalucía, s.f.)

Ahora bien, según datos de la Agencia de Calidad de Internet de España (IQUA), el 75% de los usuarios de estas páginas son menores de edad y el 80% son chicas; además que, según una encuesta realizada por la Asociación Protégeles en 2007 y realizada a niños, niñas y adolescentes con edades entre los 8 y 17 años, el 17% que usaban internet visitaban páginas Pro-Ana y Pro-Mia y, de ese porcentaje, el 26,2% de chicas y el 15% de chicos accedían a ellas para perder peso. (Albor, 2014)

En el Ecuador no existen datos porcentuales específicamente del acceso a estas páginas web Pro-Ana y Pro-Mia; sin embargo, sí existen ciertos estudios que permiten comprender el impacto que internet tiene en los niños, niñas y adolescentes, entre los cuales, para efectos del presente trabajo investigativo, destacan:

- El estudio denominado "La Generación Interactiva en Iberoamérica 2010", en el que se concluyó que **la mayoría de niños, niñas y adolescentes navegan solos (58,5% de promedio en todas las edades)**; y que el 57,7% de niños, niñas y adolescentes entre los 10 y 18 años visitan páginas web; 8% crean blogs, 5% fotologs y un 25,5% web/blog. (Simon, Internet, niñez y adolescencia en Ecuador: una mirada general al estado de la cuestión, 2016, págs. 159-160)
- Acorde al Ministerio de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (2015), en el año 2014 usaron internet el 54,8 % de personas entre 5 y 15 años y el

67,8% de personas entre 16 y 24. (Simon, Internet, niñez y adolescencia en Ecuador: una mirada general al estado de la cuestión, 2016, pág. 157)

- Según el Observatorio Social del Ecuador (2016), mediante su informe denominado "Niñez y Adolescencia desde la Intergeneracionalidad", en el año 2015 el 45% de los adolescentes ecuatorianos (de 12 a 18 años) están conectados a internet; y, el 20% de niños, niñas y adolescentes (de 8 a 17 años) reportaron que ocupan su tiempo libre en navegar por internet. (Simon, Internet, niñez y adolescencia en Ecuador: una mirada general al estado de la cuestión, 2016, págs. 157-158)

Por otro lado, debe entenderse que, tal como lo establecen Livingstone y Haddon (2009), así como existen aspectos positivos (oportunidades) del internet en los niños, niñas y adolescentes, tales como el acceso a recursos educativos y la posibilidad de conexión social que les permiten la expresión de su identidad; también existen riesgos, entre los que destaca el acceso a información o consejos sesgados, como son el brindar asesoramiento para suicidios y anorexia. (Simon, 2016, pág. 158)

Además, en estas páginas Pro-Ana y Pro-Mia existe una jerarquía muy fuerte, posicionando en lo más alto a las anoréxicas restrictivas y en lo más bajo a las bulímicas; lo que se evidencia en las denominaciones que dan las anoréxicas a las bulímicas, quienes son calificadas incluso como 'cerdas' y aceptan ese trato porque su objetivo es conseguir que una persona anoréxica restrictiva les ayude a dejar de comer, ya que la que no come es la reina dentro del supuesto estilo de vida que ostentan. (Albor, 2014)

A partir de estas especificaciones y tomando en cuenta que, en su mayoría, las herramientas de la comunicación Pro-Ana y Pro-Mia son escritos y compartidos por las mismas personas que padecen anorexia o bulimia nerviosas, estas deben ser consideradas como una manifestación del derecho de dichas personas a la libertad de expresión, derecho que se encuentra consagrado en el artículo 66, numeral 6 de la Constitución de la República del Ecuador, que en su parte pertinente estipula: "**Art. 66.-** Se reconoce y garantizará a las personas: (…) **6.** El derecho a opinar y expresar su pensamiento libremente y en todas sus formas y manifestaciones."[9] (Registro Oficial 449, 2008)

[9] Debemos recordar que, en el marco jurídico interamericano, el derecho a la libertad de expresión también comprende y ampara al discurso erróneo, equivocado y falso. (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017)

De conformidad con esto, es importante identificar que en el artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos se define a la libertad de expresión como la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, la cual no deberá estar sujeta a censura previa, sino solamente a responsabilidades ulteriores.[10] [11] (Convención Americana sobre Derechos Humanos, Ratificada por Ecuador en 1977)

Con dicho artículo como punto de partida, el Informe Anual 2016 de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión [12] estableció que dicha prohibición de censura previa encuentra su fundamento en que el derecho a la libertad de expresión no solo protege las expresiones inofensivas o indiferentes, sino también aquellas que pueden resultar ofensivas, chocantes e inquietantes, ya que, además de ser necesarias en una sociedad democrática, plural y tolerante, los Estados tienen la obligación primaria de mantenerse neutrales frente a los contenidos del discurso, garantizando que no haya personas, grupos, ideas o medios de expresión *a priori* excluidos del debate público.[13] (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, pág. 36)

A partir de estas consideraciones, en el Informe en cuestión se identifica al internet como un medio facilitador para el ejercicio de la libertad de expresión, ya que, por un lado, diversifica y multiplica la audiencia, mientras que por otro disminuye los costos y los tiempos. (Relatoría

[10] El derecho a la libertad de expresión, dentro del sistema democrático, tiene una triple función: **a)** como derecho individual que refleja la virtud humana de pensar el mundo desde una perspectiva propia y comunicarse entre sí; **b)** como medio para la deliberación abierta y desinhibida sobre asuntos de interés público; **c)** como instrumento esencial en la garantía de otros derechos humanos, incluyendo la participación política, la libertad religiosa, la educación, la cultura, la igualdad, entre otros. (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, pág. 34)

[11] Acorde a los numerales 4 y 5 del artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, existen ciertos tipos de discurso que constituyen excepción a esta regla y, por tanto, sí pueden ser sometidos a censura previa: **a)** Espectáculos públicos, con el objeto de regular el acceso a ellos para la protección moral de la infancia y adolescencia. **b)** Está prohibido por ley: **1.** Toda propaganda de la guerra y la apología del odio que constituya incitación a la violencia; **2.** Incitación directa y pública al genocidio; **3.** La pornografía infantil. (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, pág. 36)

[12] El 15 de marzo de 2017 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos aprobó el Informe Anual 2016 de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, en la cual determinó ciertos estándares para un internet libre, abierto e incluyente. (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017)

[13] Dada la importancia que tiene el derecho a la libertad de expresión, la prohibición u obstaculización *a priori* en la difusión de manifestaciones, constituiría, en sí misma, una violación a este derecho, tanto en su dimensión individual como social. (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, pág. 34)

Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, pág. 37)

Dada la importancia del internet en el ejercicio del derecho a la libertad de expresión en la actualidad, la Comisión Interamericana sostiene que este derecho protege de igual manera tanto a los medios de comunicación tradicionales como a la expresión difundida a través de internet; y, por tanto, las expresiones difundidas por medio de internet también estarían sujetas a las limitaciones y excepciones descritas en el artículo 13 de la Convención Americana de Derechos Humanos. (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, pág. 38)

A partir del reconocimiento de las responsabilidades ulteriores como limitaciones permisibles a la libertad de expresión, la jurisprudencia interamericana desarrolló un llamado 'test tripartito' en el que se exige lo siguiente: **1)** Que la limitación sea definida en forma precisa y clara a través de una ley formal y material y orientada al logro de objetivos imperiosos autorizados por la Convención Americana; **2)** que la limitación sea necesaria e idónea en una sociedad democrática para el logro de los fines imperiosos que persigue; y **3)** que sea estrictamente proporcionada a la finalidad perseguida. (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, pág. 35)

Es por ello que en el presente apartado se analizará si la imposición de responsabilidades ulteriores como limitaciones permisibles al derecho a la libertad de expresión de las personas que escriben y publican los denominados blogs, vlogs y foros 'Pro-Ana' y 'Pro-Mia', cumpliría con lo que en Derecho Internacional Público se ha denominado 'test tripartito':

1. **Que la limitación sea definida en forma precisa y clara a través de una ley formal y material y orientada al logro de objetivos imperiosos autorizados por la Convención Americana:** En primer lugar, es necesario identificar que las responsabilidades ulteriores derivadas del ejercicio abusivo de la libertad de expresión siempre deben ser ordenadas por un juez o autoridad jurisdiccional, respetando las garantías del debido proceso, ya que, según jurisprudencia interamericana, los daños no deben presumirse, sino que deben ser probados. (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, págs. 35-41)

   Es por ello que la Relatoría Especial ha enfatizado que en ningún caso se puede imponer una medida ex-ante que impida la circulación de cualquier contenido con

presunción de cobertura[14], ya que la presunción de dichos contenidos no ha sido desvirtuada por una autoridad competente que ofrezca suficientes garantías de independencia, autonomía e imparcialidad. (Informe Anual 2016 de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2017, págs. 40-41)

Ahora bien, en caso de que la limitación esté definida en forma precisa y clara a través de una ley, esta deberá estar orientada al logro de los objetivos autorizados por la Convención Americana, en cuyo artículo 13, numeral 2, especifica que estas deberán ser necesarias para asegurar, entre otros aspectos, la protección de la salud pública. (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, pág. 33)

Pero, para establecer si los blogs, vlogs y foros Pro-Ana o Pro-Mia pueden ser o no sometidos a responsabilidades ulteriores en virtud de los objetivos perseguidos por la Convención Americana, se debe delimitar qué conlleva la salud pública.

Para tal efecto, se debe hacer mención a Milton Terris (1992), quien definió a la salud pública como la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover tanto la salud física como la mental a través de esfuerzos organizados de la comunidad. (Figueroa de López, 2012, pág. 2)

Con criterio similar, la Organización Panamericana de Salud (2002) definió a la salud pública como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo. (Figueroa de López, 2012, pág. 2)

Por otro lado, la Doctora Sandra Figueroa de López identifica como definición actual de la salud pública a la siguiente:

> La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la

[14] La presunción de cobertura hace referencia a que, en principio, todas las formas de discurso se encuentran protegidas por el derecho a la libertad de expresión, independientemente de su contenido y de la aceptación social y estatal con la que cuenten. (Organización de los Estados Americanos, 2010)

> maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado. (Figueroa de López, 2012, pág. 2)

Ahora bien, a partir de las definiciones de salud pública antes detalladas, se colige que la salud es su elemento medular, ya que esta disciplina tiene como finalidad la prevención de enfermedades, así como también la promoción, protección y restauración de la salud[15] de las poblaciones como un colectivo; objetivos que son perseguidos a través de las entidades estatales.

Es por ello que resulta importante identificar que, en palabras de Luis Salleras Sanmartí, la salud es "el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad" (Educación Sanitaria, 1990, pág. 17)

De esta definición se colige que existen factores que influyen y de los cuales depende la salud de las personas, factores que, acorde a Marc Lalonde (1974), se denominan determinantes de salud[16] y que fueron instaurados en un modelo socioeconómico de salud que fue diagramado por Dahlgren y Whitehead, para posteriormente ser adoptado por Acheson en 1991. (Universidad Alas Peruanas, 2012, págs. 12-15)

Como se puede observar en el diagrama de dicho modelo socioeconómico de salud **(Anexo No. 1)**, en el centro se encuentran los individuos y todos los factores constitucionales de cada uno de ellos; y, a su alrededor, encontramos cuatro capas de influencia: Estilos de vida del individuo, redes sociales y comunitarias, condiciones de vida y de trabajo, y condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. (Frenz, 2005, pág. 4)

Para efectos del presente apartado, nos enfocaremos en las redes sociales y comunitarias como determinantes de salud, ya que estas pueden lograr un cambio en los estilos de vida de las personas, tanto en sus conductas y actitudes, como en sus hábitos

[15] La Organización Mundial de la Salud (1946) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo como la ausencia de la enfermedad. (Universidad Alas Peruanas, 2012, pág. 7)

[16] Según Lalonde (1974), los determinantes de salud son los siguientes (cada uno con su propio porcentaje de incidencia dentro de la salud de las personas): La biología humana (27 %), el medio ambiente (19 %), los estilos de vida (43 %) y provisión de servicios de salud (11 %). (Universidad Alas Peruanas, 2012, págs. 12-14)

(influencia que puede ser positiva o negativa en la salud individual de la persona). (Frenz, 2005, pág. 4)

A partir de esto, debemos considerar que los vlogs, blogs y foros Pro-Ana y Pro-Mia se han constituido en redes sociales y comunitarias en las que se hace apología de los TCA y en las que se propicia a las personas receptoras a adoptar o prolongar conductas nocivas para su salud.

Sin embargo, surge la pregunta: ¿Los blogs, vlogs y foros Pro-Ana y Pro-Mia afectan a la salud pública?

En efecto, estos sí pueden afectar a la salud pública, ya que la población receptora de dichas herramientas de la comunicación es caracterizada por tres aspectos esenciales: **a)** Generalmente son personas que presentan factores de riesgo predisponentes o perpetuantes de la anorexia o bulimia nerviosas, así como también personas que presentan o han presentado un cuadro de dichos trastornos de la conducta alimentaria; **b)** Las personas receptoras generalmente no tienen conciencia de que estas conductas anómalas de la alimentación constituyen una enfermedad y, por tanto, niegan que padecen de alguno de los TCA; y, **c)** La población receptora es cada vez más joven, por cuanto la generalidad de personas lectoras de estos blogs, vlogs y foros son niños, niñas y adolescentes; características que derivan en que las personas receptoras de las herramientas de la comunicación Pro-Ana y Pro-Mia no tengan el discernimiento necesario y suficiente para poder dirimir qué información es fiable y cuál no[17], por lo que comienzan a adoptar y perpetuar actitudes y hábitos no saludables sugeridos por quienes escriben dichos blogs, vlogs y foros.

Así, estas herramientas de la comunicación estarían afectando a la salud pública debido a que impiden que los esfuerzos realizados por las instituciones de carácter público, tales como la prevención de estos TCA, así como la protección y restauración de las personas que sufren dichas patologías, sean receptadas adecuadamente; lo que genera que la finalidad de la salud pública no sea cumplida y los esfuerzos estatales por combatir estos trastornos se vuelvan inútiles ante enfermos que no admiten tener un

[17] Acorde al informe denominado "Niños y Padres: Medios y Actitudes", que fue publicado por la entidad británica independiente que regula la industria de la comunicación, denominada OFCOM (The Office Communications), se estableció que aproximadamente el 20% de los adolescentes de 12 a 15 años de edad cree que la información que encuentra en buscadores como Google es verdadera y fiable. (Cánovas, 2016)

trastorno psíquico y que se refugian en los consejos sesgados emitidos por quienes consideran sus iguales, dentro de una comunidad supuestamente privilegiada de 'princesas' y 'príncipes'.

Por tanto, respecto a este primer elemento del 'test tripartito', la imposición de responsabilidades ulteriores a los contenidos y publicaciones emitidas en alguna de las herramientas de la comunicación antes descritas y que tengan por objeto hacer apología de los TCA o propiciar a que las personas receptoras (especialmente niños, niñas y adolescentes) adopten conductas nocivas para su salud, procederían en virtud de que estas serían necesarias para asegurar la protección de la salud pública; siempre y cuando estas estén previstas en la ley bajo procedimientos que precautelen el debido proceso.

2. **Que la limitación sea necesaria e idónea en una sociedad democrática para el logro de los fines imperiosos que persigue:** En el caso específico de sitios webs, plataformas, blogs u otros sistemas de difusión de información en internet, las limitaciones que podrían ser impuestas son el bloqueo o la suspensión obligatoria de los mismos, restricciones que solo serán excepcionalmente admisibles en los estrictos términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, págs. 38-39)

Tomando en consideración todo lo tratado anteriormente, estas medidas serían necesarias para la finalidad de proteger la salud pública, enfocándonos específicamente en los niños, niñas y adolescentes, ya que, además de constituir un grupo de atención prioritaria acorde a la Constitución de la República del Ecuador, estos son el sector poblacional con mayor incidencia de anorexia y bulimia nerviosas.

Además, estas medidas encontrarían su sustento en los derechos de dicho grupo de atención prioritaria, los cuales se encuentran consagrados en la Constitución de la República del Ecuador como derechos de mayor jerarquía.[18](Registro Oficial 449, 2008)

Ahora bien, tal como lo establece el Doctor Farith Simon, en el contexto americano no existe instrumento internacional de carácter específico en materia de internet y la niñez y adolescencia; sin embargo, se debe dotar de especial importancia a

[18] La Constitución de la República del Ecuador prevé, en su artículo 44, que los derechos de los niños, niñas y adolescentes prevalecerán sobre los de las demás personas. (Registro Oficial 449, 2008)

las disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño, en las cuales se hace un reconocimiento expreso de que los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derechos y, por tanto, pueden ejercerlo directamente, de forma progresiva de acuerdo a su edad y madurez (Artículo 5), lo que debe verse complementado con el derecho a su protección especial. (Internet, niñez y adolescencia en Ecuador: una mirada general al estado de la cuestión, 2016, págs. 161-165)

Es por ello que, situándonos en la realidad ecuatoriana, es necesario esclarecer que, acorde al artículo 4 de la Ley Orgánica de Comunicación, esta ley no regula la información u opinión que de modo personal se emita a través de internet (Registro Oficial Suplemento 22, 2014); sin embargo, dentro de la Ley Orgánica de Telecomunicaciones sí se regula lo relativo al derecho a recibir e intercambiar información vía internet, así como el derecho a la neutralidad de la red, en los siguientes términos:

- En su artículo 22, numeral 18, se establece que los abonados, clientes y usuarios de servicios de telecomunicaciones tendrán derecho a acceder a cualquier aplicación o servicio permitido disponible en la red de internet, lo que se complementa con la prohibición de que los prestadores no podrán limitar, bloquear ni restringir el derecho de sus usuarios o abonados a utilizar, enviar o recibir cualquier contenido a través de internet, **exceptuándose aquellos casos en los que el cliente, abonado o usuario solicite de manera previa su decisión expresa de dicha limitación o bloqueo de contenidos o por disposición de autoridad competente**. (Registro Oficial Suplemento 439, 2015)
- En su artículo 24, numeral 17, se estipula como obligación de los prestadores de servicios de telecomunicaciones el no limitar, bloquear ni restringir el derecho de los usuarios o abonados a enviar o recibir cualquier contenido a través de internet, **exceptuándose aquellos casos en los que el cliente, abonado o usuario solicite de manera previa su decisión expresa de limitación o bloqueo de contenidos, o por disposición de autoridad competente**. (Registro Oficial Suplemento 439, 2015)

De estas disposiciones de la Ley Orgánica de Telecomunicaciones se infiere que todas las personas tienen derecho a la neutralidad de la red, lo que se evidencia en la

prohibición expresa de que las prestadoras de servicios de telecomunicaciones no pueden bloquear, restringir ni limitar la utilización u oferta de cualquier contenido a través de internet, con dos excepciones claras: **1.** Los casos en que quien contrate el servicio solicite expresamente que se bloqueen o limiten ciertos contenidos; y, **2.** Los casos en que el bloqueo, restricción o limitación de ciertos contenidos sea dispuesto por autoridad competente.

A partir de esto, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), en su artículo 13, numeral 1, reconoce al niño, niña o adolescente su derecho a la libertad de expresión, el cual incluye la libertad de buscar y recibir informaciones e ideas de todo tipo; sin embargo, en el numeral 2 de dicha disposición, se especifica que el ejercicio de este derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevea y sean necesarias, entre otros aspectos, para la protección de la salud pública. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989)

Esta disposición se ve reflejada en el artículo 45 del Código de la Niñez y Adolescencia, en el cual se prevé que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la información, el que implica el derecho a buscar y escoger información y utilizar los diferentes medios y fuentes de comunicación, derecho que conllevará ciertas limitaciones legales, así como también las derivadas de la patria potestad. (Registro Oficial 737, 2003)

Al respecto, el Doctor Farith Simon hace una consideración respecto a que, aun cuando estas reglas habilitan a que los progenitores controlen la información que reciben los niños, niñas y adolescentes, estas deben ser leídas en conjunto con la del ejercicio progresivo, de tal forma que la intervención no limite su derecho indebidamente, sino que se trate de contenidos prohibidos legalmente. (La relación clínica: Paternalismo y autonomía, 2014)

Dicha afirmación se encuentra fundamentada en el artículo 13 del Código de la Niñez y Adolescencia, en el que se prohíbe cualquier restricción a los derechos de los niños, niñas y adolescentes que no esté expresamente contemplada en el mismo Código. (Registro Oficial 737, 2003)

Es por ello que en el mismo Código de la Niñez y Adolescencia se prevén ciertas prohibiciones relativas al derecho a la información (que permiten limitar dicho derecho),

las cuales están contenidas en su artículo 46 y son aplicadas a los medios, sistemas de comunicación, empresas de publicidad y programas; y, entre las que destaca la prohibición de difusión de información inadecuada para niños, niñas y adolescentes en publicaciones dirigidas a la familia y a los niños, niñas y adolescentes. (Registro Oficial 737, 2003)

Adicionalmente a dicha prohibición, el legislador plasmó ciertas garantías de acceso a una información adecuada para los niños, niñas y adolescentes, relativas al derecho a la información antes detallado, las cuales se encuentran contenidas en el artículo 47 del Código ibídem, el cual, en su literal e), estipula lo siguiente:

> **Art. 47.- Garantías de acceso a una información adecuada. -** Para garantizar el derecho a la información adecuada, de que trata el artículo anterior, el Estado deberá: (…)
>
> e) Impedir la difusión de información inadecuada para niños, niñas y adolescentes en horarios de franja familiar, ni en publicaciones dirigidas a la familia y a los niños, niñas y adolescentes; (…) (Registro Oficial 737, 2003)

Para comprender ambas disposiciones (artículos 46 y 47, literal e), debemos remitirnos al penúltimo inciso del artículo 47 del Código de la Niñez y Adolescencia, en el cual definen a los contenidos inadecuados para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes como los textos, imágenes, mensajes y programas que, aprovechándose de la falta de madurez de este grupo de atención prioritaria, los induzcan a comportamientos perjudiciales o peligrosos para su salud. (Registro Oficial 737, 2003)

Otra limitación contenida en el mismo Código de la Niñez y Adolescencia, en este caso al derecho de este grupo de atención prioritaria a la inviolabilidad de comunicaciones electrónicas, está contenida en su artículo 53, en el que se les reconoce a los niños, niñas y adolescentes dichos derechos, sin perjuicio de la natural vigilancia de los padres y maestros. (Registro Oficial 737, 2003)

Estas limitaciones al derecho a la información y al derecho a la inviolabilidad de comunicaciones electrónicas de los niños, niñas y adolescentes, guardan concordancia con la normativa antes citada de la Ley Orgánica de Telecomunicaciones, la cual autoriza a que los padres, representantes legales o personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, soliciten expresamente que se bloqueen o limiten ciertos contenidos de internet.

En el caso específico del bloqueo o restricción de los blogs, vlogs y foros Pro-Ana y Pro-Mía a niños, niñas y adolescentes, considero que esto sería en virtud de su mejor interés, por cuatro consideraciones claras: **1.** Estas páginas web hacen apología de la anorexia y bulimia nerviosas, mostrando imágenes de personas anoréxicas o bulímicas como símbolo del objetivo al que quieren llegar, así como sus llamados 'mandamientos'[19] y ciertos consejos no saludables ni médicamente aprobados de cómo bajar de peso o sus mal llamados 'trucos' para vomitar sin que sus padres o familia se den cuenta[20]; **2.** Las edades en las que se presentan cuadros de anorexia y bulimia nerviosas son cada vez menores, además de que estas páginas web se constituyen como factores predisponentes para la presentación de dichas patologías; **3.** El sector poblacional receptor de estas páginas web se caracteriza, entre otros aspectos, por estar conformado, en su mayoría, por niños, niñas y adolescentes; **4.** Cada vez es menor la edad en que comienzan a ingresar los niños, niñas y adolescentes a internet, quienes, tal como se evidenció en un estudio aplicable a Ecuador, ingresan sin supervisión de un adulto.

En consecuencia, sí se estaría cumpliendo con este segundo requisito del 'test tripartito', ya que poner una limitación al acceso a páginas web Pro-Ana y Pro-Mia por parte de niños, niñas y adolescentes tiene un sustento supra-constitucional, constitucional y legal, debido a que sería necesario para el logro de dos fines: Proteger la salud pública y evitar que personas sin el discernimiento necesario sean inducidas a adoptar hábitos y actitudes perjudiciales para su salud a través de contenido sesgado.

3. **Que sea estrictamente proporcionada a la finalidad perseguida:** Esto hace referencia a que las medidas de restricción solo podrán ser aplicadas frente a contenidos abiertamente ilícitos o a los discursos no resguardados por el derecho a la libertad de

[19] En estos blogs se promueven 10 mandamientos: "**1.** Si no estás delgada, no eres atractiva. **2.** Estar delgada es más importante que estar sana. **3.** Muere de hambre, lo que sea para parecer más delgada. **4.** No comerás sin sentirte culpable. **5.** Contarás las calorías y limitarás tus comidas. **6.** Los designios de la báscula son los únicos importantes. **7.** Perder peso es bueno, engordar es malo. **8.** Nunca se está lo suficientemente delgada. **9.** Ser delgada, no comer demuestra la única fuerza de voluntad. **10.** Amarás tu báscula y tus huesos sobre todas las cosas." (Princess Ana & Mia, 2013)

[20] Entre los consejos y 'trucos' que dan las personas que escriben estos blogs, se encuentran los básicos para 'Ana', entre los cuales destaca: "Come mirándote al espejo, de preferencia desnudo o con muy poca ropa. En caso no puedas hacerlo lleva una foto contigo en el que se haga notar la grasa de tu cuerpo, así recordarás como te ves y no querrás aumentar eso!"; asimismo existen los consejos y 'trucos' básicos para 'Mía', entre los cuales encontramos: "No vomites arrodillada en el piso o sentada, la mejor forma de hacerlo es parada frente al escusado agachada, formando un ángulo de 90 grados, de esta manera harás presión en tu estómago y la comida saldrá más fácilmente" (Pro-Ana & Pro-Mía, s.f.)

expresión, en cuyos casos la medida debe someterse a un estricto juicio de proporcionalidad y deberá ser diseñada y aplicada de tal forma que impacten exclusivamente al contenido reputado ilegítimo, sin afectar otros contenidos, y respetando las garantías procesales. (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, pág. 39)

Es así que, las responsabilidades ulteriores que podrían ser aplicadas a una página web tendrían dos modalidades: El cierre del blog, vlog o foro Pro-Ana y Pro-Mia (suspensión obligatoria) o la restricción de acceso a los mismos (bloqueo).

Ahora bien, considerando que el internet es un medio de comunicación masivo que, a través de las páginas web Pro-Ana y Pro-Mia, puede constituir un factor predisponente y a la vez perpetuante de la anorexia o bulimia nerviosas y, por tanto, afecta a la salud pública y al adecuado desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, se debe contemplar la posibilidad de la suspensión definitiva de dichas páginas que promueven estas enfermedades. Sin embargo, se debe tener en cuenta que hablamos de que las personas que escriben y publican dichos contenidos son muchas veces de otros países, por cuanto habría un obstáculo en cuanto al debido proceso a cada una de esas personas que escriben dichas páginas y se encuentran en otro país. Además, esas personas tendrían la posibilidad de volver a abrir otra página con los mismos contenidos una vez que se cierre la anterior y, por tanto, sería una cadena infinita e inútil de cierres de páginas webs y apertura de otras páginas por los mismos escritores.

Adicionalmente, la jurisprudencia interamericana ha especificado tipos de discurso que se encuentran especialmente protegidos por su importancia para el ejercicio de los demás derechos humanos, entre los cuales destaca el discurso que configura un elemento de la identidad o dignidad personales de quien se expresa (Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos, 2017, pág. 35), lo que deriva en que estas páginas web, aun cuando induzcan comportamientos nocivos para la salud, al ser escritas en su mayoría por las mismas personas anoréxicas o bulímicas, estarían especialmente protegidas.

Por tanto, el cierre definitivo de los blogs, vlogs y foros Pro-Ana y Pro-Mia no sería una medida proporcionada, ya que, primeramente, dichos contenidos constituyen un discurso especialmente protegido por constituir un elemento de la identidad de las

personas que los escriben, además de que estarían siendo prohibidos para cualquier público y lo único que se pretende es que las personas que no tengan el discernimiento necesario o un criterio formado sean las que no tengan acceso al mismo.

Así, la siguiente opción a analizar sería la imposición de la restricción de acceso de niños, niñas y adolescentes a estos blogs, vlogs y foros, ya que lo que se pretende es que, bajo el principio del mejor interés del niño, niña o adolescente, se restrinjan o bloqueen estos contenidos para ese sector poblacional y, de esa manera, garantizarles un adecuado desarrollo.

Esto podría lograrse a partir una reglamentación a través de la cual el Estado, sin necesidad de procesos jurisdiccionales particulares por página web, ordene a las plataformas que albergan estos blogs, vlogs y foros Pro-Ana y Pro-Mia (tales como YouTube, Blogspot y Wordpress) que restrinjan el acceso a este tipo de contenido a menores de una edad establecida por ley, a través de la imposición de cuentas cerradas a las que solo puedan acceder usuarios que acrediten ser mayores de esa edad límite, aplicando la garantía de progresividad de derechos de la niñez y adolescencia, reconocida tanto a nivel internacional como interno, así como se ve actualmente en redes sociales.[21]

Es así que, esta sí podría ser una medida proporcionada con la finalidad que persigue de asegurar la protección de la salud pública y garantizar el adecuado desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, sin vulnerar el derecho a la libertad de expresión de quienes escriben dichas páginas web; sin embargo, no constituiría en sí misma una responsabilidad ulterior, ya que no sería ordenada por una autoridad jurisdiccional, sino que sería una medida normativa en virtud del mejor interés de la niñez y adolescencia.

Ahora bien, al no poder imponer una medida *ex-ante*, se tendría que realizar un estudio a través del Ministerio de Salud Pública en el que se demuestre qué nivel de incidencia tienen estos blogs, vlogs y foros como factores predisponentes y perpetuantes en la población ecuatoriana y, a partir de eso y una vez probada la hipótesis de que sí tienen una influencia negativa en la salud del sector poblacional que los lee, emitir una

[21] La mayoría de redes sociales limitan el acceso a menores de ciertas edades, como por ejemplo Facebook permite su uso a partir de los 14 años, mientras que Twitter, Snapchat e Instagram limitan el acceso a mayores de 13 años; sin embargo, estos siguen teniendo una amplia presencia desde corta edad, debido a que es muy difícil controlar el acceso a un medio en el que, con facilidad, se puede enmascarar la identidad. (Simon, 2016, pág. 156)

reglamentación que abale al Estado a restringir dichos contenidos y no permitir que estos sean receptados por niños, niñas y adolescentes.

Por otro lado, con criterio distinto, el Doctor Farith Simon sostiene que el principio que debe guiar toda acción al hablar de internet y los niños, niñas y adolescentes, es el de "igual acceso", ya que, tal como lo afirma el Comité de los Derechos del Niño (CRC por sus siglas en inglés), los riesgos de las TIC's no son intrínsecos, sino que, aunque facilitan el acceso a información inadecuada, los aspectos positivos son mayores, por cuanto todo enfoque basado en la restricción o limitación en nombre de la protección debería rechazarse; además de que los adultos sobredimensionan las amenazas de la red, pues estas pueden crecer si no se enfrentan, pero nunca a costa del acceso o la censura. (Simon, 2016, págs. 165-186)

Sin embargo, en el presente trabajo de disertación no se está postulando una sobredimensión del problema de las páginas web Pro-Ana y Pro-Mía, ya que se ha demostrado que estas constituyen factores predisponentes (e incluso perpetuantes) de los trastornos de la conducta alimentaria, debido a que proveen información sesgada, inadecuada y nociva para la salud de la niñez y adolescencia, induciéndolos a presentar dichos trastornos y, muchas veces, a rechazar tratamiento.

Además, no se está sugiriendo el restringir el acceso a las tecnologías de la información a los niños, niñas y adolescentes, sino solamente a estas herramientas de la comunicación caracterizadas por hacer apología de los TCA, dejando el libre acceso a todas las páginas web que contengan información médica no sesgada y que no se constituyan en sí mismas como una "comunidad" identificada por enaltecerse de tener algún trastorno de la conducta alimentaria.

En conclusión, considerando que la anorexia y bulimia nerviosas no constituyen patologías contagiosas, pero sí transmisibles a través de medios de comunicación masivos (transmisión vertical), los blogs, vlogs y foros Pro-Ana y Pro-Mia son, en sí mismos, emisores y, por tanto, transmisores de estas conductas anómalas de la alimentación; por lo que, en virtud de la protección de la salud pública, una vez cumplidas todas las condiciones del 'test tripartito' antes analizado (incluyendo la regulación por ley formal y material, así como un proceso jurisdiccional que respete el debido proceso), sí sería posible imponer responsabilidades ulteriores a dichas páginas web.

Sin embargo, una vía mediante la cual se precautele la salud pública y, especialmente, el correcto desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, sería la restricción de acceso de dicho grupo de atención prioritaria a las páginas web Pro-Ana y Pro-Mia (como medida normativa, mas no como responsabilidad ulterior), lo cual se podría lograr a través de la regulación de la obligación de las plataformas de crear cuentas cerradas en que, para acceder a dicha información, se deba acreditar tener más de una edad límite establecida por ley (considerando la progresividad de derechos). En ese caso, se estaría, además, respetando el derecho a la libertad de expresión de quienes escriben dichas páginas web, cuyos discursos se encuentran especialmente protegidos por formar parte de la identidad personal de dichos escritores.

Esto se fundamenta en que, con las nuevas tecnologías de la comunicación e información, los derechos de la niñez y adolescencia se han puesto a prueba de dos condiciones esenciales: el derecho a la protección especial por la vulneración propia de su etapa de desarrollo y la condición de ser sujeto pleno de todos los derechos, lo cual implica el ejercicio progresivo de forma directa de esos derechos. (Simon, 2016, págs. 156-159)

Así, se concluye, además, que la capacidad de ejercicio directo de ciertos derechos personalísimos de la niñez y adolescencia difiere de la regla de la capacidad legal, ya que el primero depende de su desarrollo y madurez (tal como lo establece el artículo 13 del Código de la Niñez y Adolescencia); por lo que la consideración en cuanto al uso del internet estaría ligado a sus capacidades personales, en tanto este material no sea perjudicial para su interés superior y desarrollo (Simon, 2016, pág. 171), en cuyo caso serían las entidades estatales y los representantes legales de los niños, niñas y adolescentes, quienes, en virtud de la protección especial, tomen cartas en el asunto.

Una vez analizados todos los factores de riesgo desencadenantes, predisponentes y perpetuantes de la anorexia y bulimia nerviosas, así como la influencia trascendental que ejercen los medios de comunicación masiva para que una persona presente e incluso perpetúe su comportamiento anómalo hacia la comida, es menester establecer que en muchas ocasiones las personas con dichos TCA comienzan a presentar, adicionalmente a estos, otros trastornos o enfermedades, lo cual será analizado a continuación.

1.2. Comorbilidad[22] de los trastornos de la conducta alimentaria

Acorde al texto "Trastornos de la conducta alimentaria y otros", existe una comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos adictivos, ya que, en general, se estima que aproximadamente del 20% al 40% de los pacientes con TCA presentan un trastorno por abuso de alcohol o drogas. (Díaz Marsá, 2006)

De acuerdo con esto, en el mismo texto se indica que los trastornos adictivos son significativamente más prevalentes en los pacientes con conductas bulímicas (bulimia nerviosa y anorexia compulsivo-purgativa) que en los pacientes con anorexia restrictiva nerviosa; y, además, en la mayoría de pacientes la adicción se presentará posteriormente al inicio del cuadro alimentario, aunque en aproximadamente un tercio de los pacientes con bulimia se recogen antecedentes de abuso de sustancias. (Díaz Marsá, 2006, pág. 371)

Por otro lado, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría ha identificado que los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares concurren frecuentemente con la anorexia nerviosa, ya que muchos pacientes con este trastorno de la conducta alimentaria presentan síntomas ansiosos o un trastorno de ansiedad antes del inicio del mismo. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 345)

Respecto a la comorbilidad de la anorexia nerviosa con trastornos depresivos, Conxa Perpiñá detalla que los síntomas depresivos estarán presentes en un tercio de los casos de personas con cuadro de anorexia nerviosa, y el 10% de estos podría clasificarse de depresión mayor. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 406)

Asimismo, la anorexia nerviosa puede presentar una comorbilidad con trastornos obsesivos compulsivos (especialmente la anorexia restrictiva). (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 345)

Treasure (1991) incluso asegura que los síntomas obsesivos se encuentran en el 25% de anoréxicas, lo cual guarda concordancia con el estudio realizado por Kasvikis, Tsakiris, Marks, Basaglo y Noshirvani (1986), en el cual se estableció que el 10% de las personas que reciben el diagnóstico de obsesión-compulsión han tenido una historia previa de anorexia nerviosa. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 406)

[22] La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la comorbilidad como la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona. (Avila Smirnow, s.f.)

Respecto a la bulimia nerviosa, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría ha indicado que es frecuente que este trastorno de la conducta alimentaria tenga comorbilidad con los trastornos mentales, ya que los pacientes con bulimia nerviosa presentan, con frecuencia, síntomas depresivos y trastornos depresivos y bipolares, ya sea al mismo tiempo o después del desarrollo de la bulimia nerviosa. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 349)

Adicionalmente a esto, Conxa Perpiñá identifica que en la bulimia nerviosa es frecuente la presencia de ansiedad, depresión e irritabilidad, así como ideación suicida, sobre todo agudizada por los episodios bulímicos. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 410)

Finalmente, en los pacientes con bulimia nerviosa existe una prevalencia en cuanto al consumo de alcohol y estimulantes (lo cual ya fue abordado en párrafos anteriores), el cual a menudo inicia como un intento por controlar el peso y el apetito; además de que determina que un porcentaje sustancial de individuos con bulimia nerviosa también puede presentar trastornos de la personalidad. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 350)

Una vez establecidos los trastornos comórbidos con los trastornos de la conducta alimentaria, a continuación, se analizará a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa por separado, ya que estas constituyen patologías independientes una de la otra y, aun cuando en muchos casos se vean íntimamente relacionadas, estas deben ser estudiadas individualmente.

2. ¿Qué es la anorexia nerviosa?

En el libro “Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos” se menciona que la palabra anorexia viene del griego clásico *orexia* (falta de apetito) y del latín *nervus* (nervioso), mediante lo cual se definiría a la anorexia como el trastorno de inapetencia de origen nervioso; pero, para Marga Serra esta definición no es exacta, ya que el enfermo de anorexia sí tiene hambre, pero su percepción desfigurada y su pánico por la comida lo lleva a no alimentarse. (Serra, 2015, pág. 27)

A partir de esta precisión, la autora define a la anorexia nerviosa como un trastorno en el que hay una incapacidad volitiva severa y prolongada para comer, con una pérdida de peso marcada y un cuadro muy particular de síntomas asociados. (Serra, 2015, págs. 27-28)

Con el mismo criterio, Conxa Perpiñá identifica que la palabra ‘anorexia’ quiere decir literalmente falta de apetito, sin embargo cuando hablamos de anorexia nerviosa nos encontramos en un caso en el que la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta, tal como

lo denomina Brunch (1973), como un organismo hambriento que no come, pero no deja de pensar en cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no estar gorda, y es en su deseo irrefrenable de seguir adelgazando en donde radica su psicopatología. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 404)

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la anorexia nerviosa como un trastorno caracterizado por la pérdida de peso intencional inducida y mantenida por el paciente, lo que se asocia con una psicopatología específica en la que el paciente se autoimpone un límite de peso bajo debido a que mantiene como idea recurrente y sobrevalorada un temor a la obesidad y a la flacidez de la silueta corporal. (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), 2015, pág. 339)

A partir de dichas consideraciones, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría ha identificado que la anorexia nerviosa suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana, siendo inusual, aunque posible, que esta inicie antes de la pubertad o después de los 40 años. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 341)

Por otro lado, Brunch (1973) identifica tres características esenciales de la anorexia nerviosa: Existencia de una distorsión en la percepción de la imagen corporal sin que la persona reconozca el progreso de su delgadez; la percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos; y un sentimiento general de ineficacia personal. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 404)

En cuanto a la distorsión de la imagen corporal que presenta la persona anoréxica, Perpiñá, Botella y Baños (2000) hacen un hincapié en que esta no siempre se manifiesta como una distorsión perceptiva de verse gorda aun estando demacrada, sino que también puede manifestarse como una gran insatisfacción con su figura corporal, como un deseo de seguir bajando de peso o mantenerse en ese estado de demacración. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 405)

Posteriormente, respecto al curso y desarrollo de la anorexia nerviosa, este variará de acuerdo a la persona que padezca dicho trastorno, ya que en los individuos de más edad es probable que la enfermedad tenga una mayor duración y existan más signos y síntomas propios de un trastorno de larga duración. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 341)

Es importante mencionar que, acorde al mismo texto, algunos individuos con anorexia nerviosa se recuperarán completamente después de un solo episodio, mientras que algunos mostrarán aumento de peso seguido de una recaída y, finalmente, otros presentarán un curso crónico durante muchos años. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 342)

Con criterio similar, Steinhausen (2002) determina que los datos sobre la respuesta al tratamiento de la anorexia nerviosa indican que la recuperación se da en menos del 50% de los pacientes; aproximadamente un tercio mejora en cierto grado, y el 20% muestra un curso de vida crónico e incapacitante. (Perpiñá, 2014, pág. 623)

Ahora bien, una vez entendido lo que conlleva la anorexia nerviosa, debemos establecer que existen subtipos de la misma, de los que se hará una explicación pormenorizada en el siguiente apartado.

2.1. Subtipos de la anorexia nerviosa

Acorde al libro denominado "Las prisiones de la comida", la anorexia nerviosa se clasificará en base a la presencia o no de los casos de atracones regulares o conductas de eliminación (Nardone, 2002, pág. 20).

Bajo ese criterio, Beumont, George y Smart (1976) clasificaron a las anoréxicas nerviosas en dos subtipos: Anoréxicas restrictivas y anoréxicas vomitadoras, las cuales también son llamadas anoréxicas bulímicas según terminología más difundida por Garfinkel, Moldofsky y Garner (1980). (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 406)

De esta manera, a continuación, se detalla cada uno de los subtipos de la anorexia nerviosa:

1) **Anorexia nerviosa restrictiva (con restricciones):** La pérdida de peso se obtiene principalmente a través de la dieta, el ayuno o la excesiva actividad física. (Nardone, 2002, pág. 20)

   Es así que, dentro de este subtipo de la anorexia nerviosa, la persona no presenta episodios de ingesta voraz o conductas purgantes. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 419)

2) **Anorexia nerviosa compulsiva o purgativa (con atracones y/o conductas de eliminación):** La mayoría de los sujetos con anorexia nerviosa que presentan atracones se dedican también a conductas de eliminación a través, por ejemplo, del vómito auto inducido o el uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas; pero pueden darse casos en que los atracones están ausentes y la persona lleva a cabo dichas conductas de eliminación tras la absorción de modestas cantidades de alimentos. (Nardone, 2002, pág. 20)

Respecto a los subtipos de la anorexia nerviosa, Conxa Perpiñá identifica que las anoréxicas del subtipo bulímico tendrán mayores niveles de psicopatología, como depresión, irritabilidad, ansiedad y conducta antisocial (abuso de sustancias y robos) en comparación a las anoréxicas del subtipo restrictivo; de lo que se desprende que la sintomatología bulímica agrava el diagnóstico de la persona. (Trastornos alimentarios, 2008, pág. 406)

Es por ello que la misma autora también ha determinado que la presencia de purgas suele ser señal de peor pronóstico, física y mentalmente. (Perpiñá, 2014, pág. 618)

Por otro lado, Bulik, Sullivan, Fear y Pickering (1997) especifican que es bastante común que las pacientes alternen entre sintomatología restrictiva y purgativa en diferentes momentos del trastorno, lo que deriva en que alrededor del 50% de pacientes con anorexia nerviosa desarrollarán posteriormente bulimia nerviosa. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 611)

Finalmente, es interesante tener en cuenta que la Organización Mundial de la Salud, dentro de la versión del Manual CIE-10 del año 2000, relativa a criterios de investigación, ha manifestado que en los casos de anorexia nerviosa no puede haber atracones y purgas, por lo que explícitamente no reconocería la existencia de los subtipos antes mencionados. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 611)

A partir de lo antes detallado, es indispensable identificar los criterios médicos utilizados para diagnosticar un cuadro de anorexia nerviosa, lo que será tratado en seguida.

2.2. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa

En primer lugar, es importante identificar los dos manuales diagnósticos oficiales en los cuales se encuentran incluidos a los trastornos de la conducta alimentaria: La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

(CIE-10) y la última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 606)

La Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, que, de ahora en adelante, se denominará CIE-10, fue emitida por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992 y se comenzó a usar en los Estados Miembros de dicha Organización a partir del año 1994. (Organización Mundial de la Salud, s.f)

Dicha Revisión está respaldada en la Cuadragésima Tercera Asamblea Mundial de la Salud, realizada en mayo de 1990. (Organización Mundial de la Salud, s.f)

Es importante mencionar que la CIE-10 constituye uno de los estándares internacionales más usados en la elaboración de estadísticas de morbilidad y mortalidad alrededor del mundo, ya que todos los países miembros de las Naciones Unidas pueden ser miembros de la OMS, lo que dota de relevancia mundial a los criterios diagnósticos emitidos por dicha Organización. (Organización Mundial de la Salud, s.f)

Para efectos del presente trabajo investigativo se hará un análisis comparativo de dos versiones del Manual CIE-10[23] emitidas por la Organización Mundial de la Salud: La versión de 1992, la cual es la más habitual debido a que se dirige a servicios generales educativos y clínicos, y la versión del año 2000, que aporta ciertos criterios diagnósticos de investigación. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 606)

A partir de dichas consideraciones y tomando en cuenta como base a la versión del Manual CIE-10 de 1992, la Organización Mundial de la Salud considera como criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa los siguientes:

A. Pérdida significativa de peso (IMC de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 609)

[23] La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene previsto reemplazar el Manual CIE-10 con la versión 11 de la Clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE-11), cuya aprobación y lanzamiento serán, tentativamente, para mayo del año 2018, mes en que se llevará a cabo la Asamblea Mundial de la Salud. (Fundación CADAH, s.f.)

Este primer criterio constante en el Manual CIE-10 de 1992, difiere del primer criterio diagnóstico de la versión del 2000, debido a que en esta última versión se habla simplemente de una pérdida de peso (sin mencionar desde qué IMC se considera que ha habido una pérdida significativa de peso); asimismo habla de que en niños habrá una ausencia de ganancia de peso que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura, por cuanto es más específico al respecto. (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 158)

B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de alimentos que engordan y por uno o más de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados; 3) purgas intestinales autoprovocadas; 4) ejercicio excesivo, y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 609)

En cuanto a este criterio diagnóstico, es importante destacar que en la versión del año 2000 este se reduce, ya que en dicha versión habla simplemente de la pérdida de peso autoinducida por evitación de "alimentos que engordan", sin considerar otras formas de autoinducción de pérdida de peso, lo que alude a que en la anorexia nerviosa no puede haber atracones y purgas, por lo que explícitamente no se reconocería la existencia de los subtipos de dicho trastorno de la conducta alimentaria. (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 158)

C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 609)

Es importante, en primer lugar, destacar que la idea sobrevalorada intrusa de la que se habla en la versión CIE-10 de 1992, fue puesta en tela de juicio con el estudio de Lee, Ho y Hsu (1993), en el que se evidenció que las pacientes chinas no experimentaban ni preocupación por el peso ni temor a engordar, lo que llevó a plantear la postura de que este criterio diagnóstico sería una expresión ligada a las culturas occidentales. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, págs. 609-610)

Sin embargo, a dicho estudio, Conxa Perpiñá defiende que este criterio diagnóstico es lo que permite hacer el diagnóstico diferencial entre los TCA y otros trastornos mentales. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 610)

Este criterio diagnóstico, dentro del Manual CIE-10 del año 2000, deja de referirse a una idea sobrevalorada intrusiva y hace solamente la consideración de que la persona tendrá una distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor intrusivo a la gordura, que conduce al paciente a imponerse a sí mismo un límite de peso bajo. (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 158)

Finalmente, respecto a la distorsión de la imagen corporal, es indispensable mencionar que, pese al asco o a la ansiedad que les produce su cuerpo a las personas con anorexia nerviosa, emerge el sentimiento de orgullo de sus logros sobre su cuerpo, lo que deriva en que existan pacientes que, lejos de sobrestimar sus dimensiones corporales, reconocen el estado de demacración en el que se encuentran. (Perpiñá, 2014, pág. 621)

D. Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisogonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombres por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones de metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 610)

Este criterio diagnóstico se mantiene parcialmente en la versión del manual CIE-10 del año 2000 (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 158), ya que en dicha versión no considera la posibilidad de que se presenten concentraciones altas de la hormona del crecimiento y de cortisol, ni alteraciones de metabolismo periférico de la hormona tiroidea ni anomalías en la secreción de insulina.

En el DSM-IV, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría incluía como uno de los criterios diagnósticos a la presencia de amenorrea en las mujeres pospuberales, pero este criterio fue eliminado en el DSM-V debido a que, aun cuando en la mayoría

de los casos la amenorrea sigue a la pérdida de peso, esta también le podría anteceder o, en ciertos casos, no presentarse. (Perpiñá, 2008, pág. 407)

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 609)

Este criterio difiere en su totalidad del criterio de investigación constante en el Manual CIE-10 del 2000, ya que en dicha versión se prevé que el cuadro no debe cumplir con dos de los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa, es decir que no debe haber presencia de episodios repetidos de sobre ingesta ni presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión para comer (ansia). (Organización Mundial de la Salud, 2000, págs. 159-160)

Una vez especificados los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa acorde al manual CIE-10 en sus versiones de 1992 (versión de uso clínico) y 2000 (versión de criterios de investigación), es necesario identificar los criterios diagnósticos de dicho trastorno de la conducta alimentaria acorde a la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Es necesario identificar que nuevamente se tomará a la versión del CIE-10 de 1992 como referencia para hacer una comparación con los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa previstos por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría dentro de su manual DSM-5, publicado por primera vez el 18 de mayo del 2013.

Es así que el Manual DSM-5 prevé los siguientes criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, págs. 338-340):

A. Peso corporal de la persona significativamente bajo con relación a su edad, sexo, curso de desarrollo y salud física: Como se podrá apreciar, este primer criterio corresponde con el criterio diagnóstico A de la Organización Mundial de la Salud, el cual fue detallado en párrafos anteriores.

Este criterio aplica cuando la persona tenga un peso menor al mínimo normal o, en niños, niñas y adolescentes, inferior al mínimo esperado (en este caso, en vez de una pérdida de peso, no ganarán el peso esperado o no se mantendrán en el curso del

desarrollo normal mientras crece su estatura). (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 338)

Es así que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizan un índice de masa corporal de 18,5 kg/m² como límite inferior del peso corporal normal, por cuanto los adultos con un IMC de igual o mayor a 18,5 kg/m² no tienen un peso corporal significativamente bajo y, por el contrario, se ha propuesto un IMC menor a 17,0 kg/m² para indicar la delgadez moderada o grave (peso significativamente bajo en adultos). (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 340)

Al respecto, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría concluye que, para determinar si se cumple con este primer criterio, los clínicos deberán considerar guías numéricas disponibles, condición física del individuo, antecedentes referentes al peso y cualquier alteración fisiológica posible. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 340)

Por otro lado, respecto al peso mínimo en niños, niñas y adolescentes, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría establece que no es posible facilitar unos estándares definitivos para determinar si su peso es significativamente bajo, por lo que especifica que, para el efecto, se deberá valorar si los niños, niñas y adolescentes tienen un peso significativamente insuficiente y no logran mantener el curso de crecimiento esperado. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014)

Sin embargo, Conxa Perpiñá recomienda que para los niños, niñas y adolescentes es preferible recalcular el IMC en percentiles de peso, lo que deriva en que, por lo general, si está por debajo del percentil 5 (el 95 % de otros niños de su edad tienen más peso) se considera un bajo peso, pero aun así se recomienda en esos casos que el clínico valore la constitución corporal, historia de peso, incapacidad de conseguir el peso que debería haber alcanzado y las complicaciones físicas asociadas que presente dicho niño, niña o adolescente. (Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 616)

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamientos que sean persistentes y que interfieran en el aumento del peso: Este criterio corresponderá, en parte, a los criterios diagnósticos B y C de la Organización Mundial de la Salud, debido a que dentro

del Manual CIE-10 de 1992, la OMS identifica que existe un pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, lo que genera que el enfermo se imponga a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal (criterio C), peso que es perdido por el propio enfermo a través de evitación de consumo de alimentos, vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos (criterio B). (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 609)

Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, este miedo intenso a ganar peso no se alivia con la pérdida de peso, ya que esta preocupación extrema puede aumentar incluso cuando la persona está perdiendo peso. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014)

Además, en el mismo texto menciona que los individuos más jóvenes y algunos adultos con anorexia nerviosa, no admiten el miedo a ganar peso, por lo que, para establecer este criterio, se puede utilizar las conclusiones a las que llega el facultativo a partir de la historia colateral, hallazgos físicos y de laboratorio, los cuales indicarían el miedo a ganar peso o comportamientos persistentes para impedirlo. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 340)

Este tercer criterio diagnóstico, en parte, guardará relación con el criterio C de la Organización Mundial de la Salud, debido a que dicho criterio habla acerca de la idea sobrevalorada intrusa de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales que tienen las personas que presentan un cuadro de anorexia nerviosa. (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 158)

C. **Alteración en la forma en que la propia persona percibe su propio peso o constitución:** Dentro de este criterio diagnóstico se puede presentar una falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal de la propia persona. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 339)

Es así que, en el mismo sentido, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría sostiene que la autoestima de los individuos con anorexia nerviosa depende mucho de cómo perciben su peso y constitución corporal, por lo que la pérdida de peso se ve como un logro impresionante y un signo de extraordinaria autodisciplina, mientras que el

> aumento de peso se percibe como un fracaso inaceptable del autocontrol. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 340)

> Este criterio guarda concordancia con el criterio C del manual CIE-10, ya que dicho criterio detalla que el paciente con anorexia nerviosa tendrá una distorsión de su imagen corporal y, debido a su temor por subir de peso, se impondrá a sí mismo un límite de peso máximo. (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 158)

Como se podrá observar de los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud y de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría que han sido desarrollados en el presente apartado, se identifica que el Manual DSM-V no prevé como criterios diagnósticos a dos de los aportados por la OMS en su Manual CIE-10 de 1992: A los criterios D y E.

Considerando que ya se ha tratado todo lo relativo a la anorexia nerviosa, es necesario analizar lo concerniente a la bulimia nerviosa, por lo que, en el siguiente apartado, se hará dicho análisis.

3. ¿Qué es la bulimia nerviosa?

Conxa Perpiñá identifica que el vocablo ‘bulimia’ proviene de las raíces griegas bus (buey) y limos (hambre), significando, por tanto, hambre desmesurada. (Trastornos alimentarios, 2008, pág. 408)

A partir de ello, en el libro denominado “Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos” se establece que el término bulimia nerviosa se utilizó a finales del siglo XIX y fue recuperado en el siglo 1979 por Russell para descubrirlo como un cuadro clínico individualizado, aunque era, en ese momento, considerado como una variante de la anorexia nerviosa. (Serra, 2015, pág. 31)

Esto se debe a que, acorde a la Organización Mundial de la Salud, la bulimia nerviosa comparte muchas características comunes con la anorexia nerviosa, aun cuando ambas constituyen patologías diferentes e independientes. (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), 2015, pág. 339)

Es por ello que dicha Organización ha definido a la bulimia nerviosa como un síndrome caracterizado por accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control de peso corporal, que lleva al paciente a practicar una hiperingestión

alimentaria seguida de conductas purgativas, como el vómito y uso de purgantes. (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), 2015, pág. 339)

Con criterio similar, en el texto "Trastornos alimentarios" se establece que la denominación bulimia nerviosa, en el ámbito clínico, se aplica a aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa e irrefrenable de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico, lo que invade a la persona de fuertes sentimientos de culpa y la lleva a tener una necesidad de mitigar los efectos de dichos episodios, por ejemplo, auto induciéndose el vómito. (Perpiñá, 2008, pág. 408)

Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, los individuos con bulimia nerviosa suelen estar dentro del rango de peso normal o tener sobrepeso (IMC mayor de 18,5 y menor de 30 en los adultos), y, además, podría producirse en personas obesas, aunque esto no es muy común. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 347)

Respecto a las características esenciales de este cuadro clínico, Fairburn y Garner (1989) han identificado que son tres: La pérdida subjetiva del control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados, las conductas destinadas al control del peso corporal, y una preocupación extrema por la figura y peso corporales. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 409)

Acorde a esto, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría identifica que una característica asociada que apoya el diagnóstico de la bulimia nerviosa es que, entre los atracones, los individuos con bulimia nerviosa suelen restringir el consumo total de calorías y evitar alimentos que ellos perciben que pueden engordar o desencadenar un atracón. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 346)

Respecto al desarrollo y curso de este trastorno de la conducta alimentaria, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría especifica que la bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia o en la edad adulta temprana, ya que el inicio antes de la pubertad o después de los 40 años es infrecuente. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014)

Con criterio similar, Conxa Perpiñá identifica que la edad de aparición de la bulimia nerviosa suele oscilar entre los 18 a 25 años. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 409)

Enseguida, una vez tratado lo relativo a la definición e incidencia de la bulimia nerviosa, debemos determinar lo que atañe a sus subtipos en el siguiente apartado.

3.1. Subtipos de la bulimia nerviosa

Según la obra "Las prisiones de la comida", la bulimia nerviosa se clasificará en base a la presencia o ausencia de conductas de eliminación regulares para compensar el atracón. (Nardone, 2002, pág. 20)

Así, los subtipos de la anorexia nerviosa son los siguientes:

1) **Bulimia nerviosa sin conductas de eliminación (no purgativa):** En este subtipo, el sujeto con bulimia nerviosa utilizará puntualmente otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como el ayuno o el ejercicio físico excesivo. (Nardone, 2002, pág. 23)

   Este subtipo de la bulimia nerviosa consistirá, entonces, en que el paciente intenta mitigar los efectos de los atracones a través de conductas compensatorias que no sean purgantes, para evitar el aumento de peso producido por el atracón. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 419)

2) **Bulimia nerviosa con conductas de eliminación (purgativa):** En este subtipo, el individuo con bulimia nerviosa presentará puntualmente vómito auto inducido o uso inadecuado de laxantes, diuréticos o edemas (Nardone, 2002, pág. 23); lo cual, tal como lo señalan Fairburn y Beglin (1990), puede reflejar la dificultad que tiene la persona para seguir una dieta estricta o un plan de ejercicio muy extremo. (Trastornos alimentarios, 2008, pág. 409)

   Por otro lado, acorde a estudios realizados por Willmuth, Leitenberg, Rosen y Cado (1988), en los pacientes que presentan un cuadro de bulimia nerviosa purgativa, en comparación con los pacientes con bulimia nerviosa no purgativa, existen mayores grados en la distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de estar delgados, más patrones alimentarios anómalos y psicopatología (sobre todo depresión y obsesiones). (Trastornos alimentarios, 2008, pág. 410)

Es importante identificar que en el Manual DSM-IV de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría sí se reconocían dichos subtipos; sin embargo, en el Manual DSM-V estos fueron eliminados, concretamente el tipo no purgativo, ya que, tal como lo identifica Wifley (2007),

se podía generar confusión con el trastorno por atracón, además de que tenía poca frecuencia como un puro subtipo de bulimia nerviosa. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 616)

Ya que han sido debidamente detallados los subtipos de la bulimia nerviosa, es pertinente hacer alusión a los criterios diagnósticos de dicha patología, lo que será tratado enseguida.

3.2. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa

Tomando como base al Manual CIE-10 del año 1992, la Organización Mundial de la Salud determinó como criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa a los siguientes (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, págs. 611-612):

A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de sobre ingesta durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo. (Perpiñá, Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 611)

Este criterio diagnóstico es la suma de los criterios A y B previstos en el Manual CIE-10 del año 2000, ya que en esos criterios de investigación se menciona la presencia de episodios repetidos de sobre ingesta y la presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión para comer (ansia). (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 160)

Es importante destacar que las personas que presentan un cuadro de bulimia nerviosa se sienten impotentes ante dicho impulso irrefrenable a comer, lo cual, tal como lo menciona Russell (1979), ha sido subrayado por muchos pacientes realizando una analogía con fumar, el alcohol o incluso las drogas. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 409)

Por otro lado, es importante identificar que en la versión del CIE-10 del año 2000 se determina que deben existir episodios repetidos de sobre ingesta al menos dos veces por semana en un período de tres meses (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 160), lo cual no fue considerado en el Manual CIE-10 del año 1992.

Estos episodios de atracón son descritos como la consumición rápida de grandes cantidades de comida con poca o ninguna satisfacción, la cual suele terminar por dolor abdominal y/o grandes sentimientos de culpabilidad y repulsa, ya que el alimento ingerido durante estos episodios suele ser de alto contenido calórico, precisamente aquello que no se permiten en sus dietas. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 409)

Es importante identificar que la valoración que el paciente hace del atracón es bastante subjetiva e idiosincrásica, ya que un paciente puede considerar que ha tenido un atracón cuando ha ingerido grandes cantidades de comida, mientras que otro puede considerar que lo ha tenido solo por haber comido algún tipo de alimento calificado por la misma persona como prohibido (aunque sea en poca cantidad). (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 409)

Es por ello que se debe hacerse una distinción entre la impresión subjetiva del paciente y el juicio clínico en torno a la presencia del atracón, diferencia que podrá ser identificada gracias a una entrevista estructurada, la cual ha sido denominada por Cooper, Cooper y Fairburn (1987) como EDE (Eating Disorder Examination) y tiene precisamente dicha finalidad. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 409)

B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina. (Perpiñá, 2014, pág. 611)

Este criterio diagnóstico contemplado en el Manual CIE-10 de 1992, se encuentra como criterio de investigación C en el Manual CIE-10 de 2000. (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 160)

Es necesario enfatizar que dichas conductas suelen ir seguidas a los episodios de atracones y son denominadas conductas compensatorias. (Perpiñá, 2008, pág. 409)

C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un umbral de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos

de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea. (Perpiñá, 2014, págs. 611-612)

Este criterio guarda concordancia con el criterio de investigación D del Manual CIE-10 del año 2000, ya que este prevé que la persona enferma tendrá la autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad (que normalmente conduce a un bajo peso). (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 160)

Adicionalmente a esto, este criterio diagnóstico responde a lo que Russell (1970) denominó como un miedo mórbido de convertirse en personas gordas. (Perpiñá, 2008, pág. 409)

Una vez especificados los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa acorde a las versiones del manual CIE-10 de los años 1992 y 2000, se debe identificar que, de acuerdo a la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la bulimia tendrá los siguientes cinco criterios diagnósticos (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, págs. 345-347):

A. Episodios recurrentes de atracones: Para entender este primer criterio es necesario especificar que un episodio de atracón se caracterizará por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión en un período determinado de una cantidad de alimentos superior al que la mayoría de personas ingerirían en un período similar bajo circunstancias parecidas. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014)

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría sostiene que el período determinado de tiempo en el que se ingiere dicha cantidad de comida generalmente será inferior a 2 horas y un único episodio de atracón no se limitará necesariamente a un solo entorno. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 346)

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio, ya que la persona será incapaz de contenerse y no comer, o de parar de comer una vez que ha iniciado. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 346)

Además, las personas que sufren de bulimia nerviosa se sienten típicamente avergonzadas de sus problemas alimentarios, por lo que intentan ocultar sus síntomas y los atracones suelen producirse a escondidas o de la manera más discreta posible. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 346)

Este criterio guarda concordancia con el criterio diagnóstico A fijado por la Organización Mundial de la Salud dentro del Manual CIE-10 de 1992, ya que los atracones constituyen, como ya se ha mencionado, episodios de sobre ingesta durante los cuales la persona consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo. (Perpiñá, 2014, pág. 611)

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar aumentar de peso: Entre los comportamientos compensatorios inapropiados más comunes se encuentran el vómito auto provocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 346)

Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, los individuos con bulimia nerviosa emplean varios métodos para compensar los atracones, los cuales son denominados comportamientos compensatorios inapropiados y son conocidos generalmente como comportamientos de purga o purgas. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 346)

Es así que, entre los comportamientos de purga o purgas más comunes, se encuentra el vomitar, lo cual podrá ser generado por el propio individuo utilizando varios métodos y que tendrá como efecto inmediato el alivio del malestar físico de la persona enferma y la reducción del miedo de ganar peso. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 346)

Este criterio se ve relacionado con el criterio B determinado por la Organización Mundial de la Salud dentro del Manual CIE-10 de 1992, ya que todos los métodos descritos en dicho criterio diagnóstico constituyen comportamientos compensatorios inapropiados.

C. Atracones y comportamientos compensatorios producidos al menos una vez a la semana durante tres meses. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 345)

Este criterio no guarda relación con ningún criterio diagnóstico previsto en el Manual CIE-10 de 1992, ya que en ninguno de ellos se prevé cuántos atracones y comportamientos compensatorios se deben producir a la semana ni por cuánto tiempo deberán presentarse. Sin embargo, sí guarda relación con el criterio de investigación A determinado en el Manual CIE-10 del año 2000 (Organización Mundial de la Salud, 2000, pág. 160), aunque ambos criterios discrepan en que, como ya se ha desarrollado dentro del presente trabajo, para la Organización Mundial de la Salud se tendrán que dar al menos dos episodios de atracones por semana en un período de tres meses, mientras que para la Asociación Estadounidense de Psiquiatría bastará con que se dé al menos un episodio a la semana durante el mismo período de tres meses.

Es necesario identificar que este criterio de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría fue modificado en el Manual DSM-V, ya que en el Manual DSM-IV (1994) constaba como criterio diagnóstico el mismo de la Organización Mundial de la Salud, es decir que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas debían tener lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 410)

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y peso corporal: Las personas con bulimia nerviosa conceden una importancia excesiva a estos factores y, por lo general, estos serán extremadamente importantes para determinar su autoestima. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, págs. 345-346)

Este criterio diagnóstico tiene cierta vinculación con el criterio C especificado por el Manual CIE-10 del año 1992, ya que, en palabras de la psicóloga Conxa Perpiñá, la preocupación por tener y mantener el peso que los pacientes consideran ideal, sumado al miedo morboso a engordar, toma la forma de idea sobrevalorada. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 409)

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa: Esto se refiere a que los individuos con bulimia nerviosa pueden parecerse mucho a los que sufren anorexia nerviosa por su miedo a ganar peso, deseo de perder peso y grado de insatisfacción de sus cuerpos; pero no se debería hacer un diagnóstico de bulimia nerviosa si el trastorno se produce solamente durante episodios de anorexia nerviosa. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 347)

Dentro de este criterio diagnóstico es esencial identificar que no se puede hacer un diagnóstico simultáneo de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en ninguno de los dos sistemas de clasificación, ya que en el DSM-V este criterio E lo impide, mientras que en la CIE-10 la presencia de atracones impide el diagnóstico de anorexia nerviosa (criterio de investigación B y E de la anorexia nerviosa del Manual CIE-10 del 2000).

Acto seguido, una vez revisada la definición, incidencia, subtipos y criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa, es pertinente revisar lo concerniente a las consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosas)

4. Consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Dentro de este apartado es necesario mencionar que a pesar de las diferencias que presentan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, las cuales ya han sido desarrolladas y detalladas en los subcapítulos anteriores, ambas comparten una psicopatología en común que las define y distingue: la sobrevaloración que hace el paciente del peso y forma corporales en su valor como persona; valor que dependerá de unos patrones alimentarios tan alterados que pueden llevar al paciente a graves complicaciones físicas o incluso la muerte. (Perpiñá, 2014, pág. 618)

Además de las complicaciones físicas que devienen de los trastornos de la conducta alimentaria, los pacientes con anorexia o bulimia nerviosas también presentarán ciertas distorsiones cognitivas relativas a su imagen corporal[24]; sin embargo, en el presente apartado nos enfocaremos en las complicaciones fisiológicas producto del padecimiento de un TCA.

Es así que, dentro de las complicaciones físicas, tal como se indica en el texto denominado "Respuesta digestiva a la malnutrición", existen trastornos digestivos que estarán directamente relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, los cuales se clasificarán en dos tipos: Aquellos relacionados con la etiopatogenia[25] de la enfermedad y los que ocurren como consecuencia de la malnutrición y de los vómitos repetidos. (Martínez Gómez & Muñoz Codoceo, 2014, pág. 87)

[24] Existen los llamados errores cognitivos desarrollados por Fairburn y Cooper (1989) y las distorsiones específicas de imagen corporal denominadas "La docena sucia", desarrolladas por Cash y Grant (1996). Ver *Perpiñá, C. (2014). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En V. Caballo & I.C. Salazar, Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (Segunda ed., pág. 620). Madrid: Ediciones Pirámide.*

[25] Acorde al Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico de la Universidad de Salamanca, la etiopatogenia tiene la siguiente definición: *"Origen o causa del desarrollo de una patología"* (Universidad de Salamanca, s.f.)

En este orden de cosas, en el mismo texto se detallan como alteraciones del aparato digestivo, las siguientes:

a. **Caries:** Esta complicación podrá presentarse tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa, pero será más frecuente en los cuadros de bulimia nerviosa. (Martínez Gómez & Muñoz Codoceo, 2014, pág. 88)
b. **Dilatación gástrica/perforación:** Esta podría ocurrir tras un atracón y, excepcionalmente, podría producirse la necrosis y perforación gástrica. (Martínez Gómez & Muñoz Codoceo, 2014, pág. 89)
c. **Estreñimiento:** Consiste en la evacuación lenta de las heces a través del intestino grueso, pero solamente si se produce impactación fecal (acumulación de materia fecal en el recto o colon), podría poner la vida en peligro. (Martínez Gómez & Muñoz Codoceo, 2014, pág. 89) El estreñimiento, además, podrá ser generado por el uso de laxantes. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 410)
d. **Diarrea:** Constituye la evacuación frecuente de heces líquidas, la cual estará acompañada de la pérdida excesiva de electrolitos y agua. En los TCA puede darse el caso de la diarrea sanguinolenta, debido al uso de laxantes o al estreñimiento prolongado. (Martínez Gómez & Muñoz Codoceo, 2014, pág. 89)
e. **Hemorragia digestiva:** Esta puede variar desde una hemorragia microscópica, hasta hemorragias masivas. La hemorragia microscópica prolongada puede ocasionar pérdidas masivas de hierro y, por tanto, anemia; mientras que la hemorragia masiva podría producir incluso la muerte del individuo, ya que lo que se expulsa es casi sangre pura. (Martínez Gómez & Muñoz Codoceo, 2014, pág. 89)

Por otro lado, los TCA tendrán como consecuencia la presencia de alteraciones cardiovasculares en las personas que los padecen, las cuales, según estudios realizados por Neumärker (2000) y Woodside (1995), se presentarán primordialmente en la anorexia nerviosa y causarán complicaciones graves, de tal forma que, en la edad adulta, una tercera parte de los casos de fallecimiento de personas con dicho TCA estarán relacionados con complicaciones cardíacas; sin embargo se carece de datos en niños, niñas y adolescentes. (Baño Rodrigo, 2014, pág. 93)

Al ser la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa dos patologías autónomas la una de la otra, dentro del presente apartado resulta esencial tratar las consecuencias físicas que cada una

de estas patologías presentará de forma independiente, para lo cual, a continuación, se individualizará a cada una de ellas para su análisis pormenorizado.

En cuanto a la anorexia, específicamente en su subtipo restrictivo, se producirán alteraciones cardíacas que afectan la anatomía y ritmo del corazón de forma proporcional al grado de desnutrición alcanzado, ya que incluso puede presentarse una disminución de la masa cardíaca de forma proporcional con el peso; sin embargo, mediante estudios se ha demostrado que el corazón vuelve a la normalidad cuando se recupera el peso normal. (Baño Rodrigo, 2014, pág. 96)

Con esta consideración, se debe identificar que la 'semihambre' de la anorexia nerviosa y los comportamientos de purga que a veces van asociados a dicho trastorno, pueden llevar a desarrollar afecciones médicas que pueden suponer una amenaza importante para la vida. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 341)

A partir de esto, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría establece que el compromiso nutricional asociado con este trastorno va a afectar a la mayor parte de los sistemas orgánicos principales, por cuanto puede producir varias alteraciones, entre las cuales se encuentra la amenorrea y anomalías de las constantes vitales. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 341)

De esta forma, aunque la mayoría de alteraciones fisiológicas generadas por la anorexia nerviosa son reversibles mediante rehabilitación nutricional, existen alteraciones, como la pérdida de densidad ósea, que a menudo no lo son del todo. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 341)

A partir de ello, Conxa Perpiñá identifica como complicaciones físicas propias de la anorexia nerviosa a las siguientes: hipotermia, bradicardia, hipotensión, edema, lanugo, cianosis, estreñimiento y cambios metabólicos, tales como hipoglucemia, hipercolesterolemia, hipercarotinemia y amenorrea; así como también otras consecuencias que pueden ser irreversibles, tales como la osteoporosis, fracturas, cifosis y prolapso de la válvula mitral. (Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 622)

En cuanto a la bulimia nerviosa, esta tendrá, acorde al texto denominado "Manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-5)", complicaciones raras, aunque potencialmente

mortales, entre las que se incluyen los desgarros esofáticos, la perforación gástrica y las arritmias cardíacas. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014)

Finalmente, Conxa Perpiñá identifica como complicaciones físicas propias de la bulimia nerviosa a la depleción de los niveles de potasio, hipertrofia de la glándula parótida, hipopotasemia, hipocalemia, edemas en extremidades, alteraciones dentales, complicaciones digestivas e infecciones urinarias, así como también otras consecuencias que pueden ser irreversibles, tales como las arritmias cardíacas, crisis tetánicas (rigidez muscular), crisis epilépticas, erosiones dentales, y, a largo plazo, daño renal e irregularidades menstruales. (Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, 2014, pág. 622)

Toda vez que han sido detalladas las consecuencias generadas por los trastornos de la conducta alimentaria, es pertinente hacer alusión al tratamiento de dichas patologías, lo que será tratado a continuación.

5. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

En el texto denominado "Psicoterapia en el tratamiento específico de los trastornos alimentarios" el autor identifica como una de las características de los TCA el que no haya una conciencia del trastorno, por cuanto la preocupación por la enfermedad la presentan los padres y familiares de la persona enferma y, por tanto, la aceptación de la existencia de un problema, la motivación para enfrentarlo, tolerar la mejoría y evitar las recaídas son objetivos propios de la terapia. (Morandé, 2014, pág. 359)

Con un criterio similar, en el libro "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", se sostiene que es raro que un individuo con anorexia nerviosa se queje de la pérdida de peso en sí, ya que, de hecho, las personas con este trastorno frecuentemente no tienen un concepto claro del problema o directamente lo niegan; por lo que serán los familiares los que conducirán a la consulta del profesional a la persona con anorexia o bulimia nerviosas después de una marcada pérdida de peso (o no ganar el peso esperado). (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 340)

A partir de ello, es importante especificar que existe una diferencia entre el sufrimiento o dolor mental de la paciente con anorexia nerviosa de la paciente con bulimia nerviosa, la cual radica en que la paciente anoréxica, aun cuando sufre intensamente, es poco consciente de ello y percibe a la anorexia nerviosa como una enfermedad hipotética, cuyo nombre y características

conoce, aunque duda de padecerla; mientras que la paciente bulímica, una vez que la confrontan respecto a su enfermedad, manifiesta claramente su sufrimiento y su disposición de afrontarlo, pero, aun cuando quiere ayuda, no siempre estará dispuesta a realizar los esfuerzos que el tratamiento exige. (Morandé, 2014, pág. 359)

Es importante tomar en cuenta que el proceso terapéutico puede durar años y, en ocasiones, es necesario que así sea, debido a la profundidad e intensidad de las alteraciones psicológicas. (Morandé, 2014, pág. 360)

Es así que los tratamientos a los trastornos de la conducta alimentaria tienen como objetivos estratégicos el cambiar el curso de la enfermedad, la re-nutrición de la persona, la recuperación de un patrón de alimentación adecuado, aceptación progresiva del propio cuerpo e identidad del paciente y el establecimiento de un compromiso prolongado. (Morandé, 2014, pág. 360)

Tomando en cuenta los objetivos antes mencionados, en el libro "Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos" se establece que el tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria es muy variado, ya que abarca los distintos niveles de asistencia ambulatoria (tratamiento médico, asistencia psicológica o psiquiátrica individual, grupal o familiar y asesoramiento nutricional), programas residenciales y de hospital de día, hasta la hospitalización completa. (Serra, 2015, pág. 111)

Por ello es que comenzaremos desarrollando las áreas básicas de salud, ya que el tratamiento de los TCA comienza, generalmente, en este nivel de asistencia ambulatoria.

A) Áreas básicas de salud

Respecto a estas, Marga Serra establece que en la mayoría de los casos, es el médico de familia el que tiene el primer contacto con el paciente con el TCA, ya que generalmente la persona enferma acude a estos médicos especialistas después de un peregrinaje por diferentes profesionales de la salud; y son los médicos familiares quienes derivarán a los pacientes a los centros de salud mental o profesionales especializados (Serra, 2015, págs. 112-113)

Es así que el protagonismo de los médicos de familia y pediatras es fundamental, ya que estos profesionales deberán tener una formación adecuada sobre los TCA y ser capaces de hacer un diagnóstico lo más precoz posible para, a partir de este, tratar o derivar los casos que lo requieran. (Serra, 2015, pág. 113)

En caso de la anorexia nerviosa, la valoración del facultativo, además de cumplir con los criterios diagnósticos detallados anteriormente, deberá contener tres consideraciones trascendentales (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 339):

1. **<u>En qué subtipo se encuadra la anorexia nerviosa</u>:** Si se encuadra dentro de la anorexia nerviosa restrictiva o en la anorexia nerviosa con atracones.
    - **Tipo restrictivo:** Aplica si, durante los últimos tres meses, la persona no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas); por lo que la pérdida de peso del paciente se debe sobre todo a la dieta, ayuno o ejercicio excesivo. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 339)
    - **Tipo con atracones:** Aplica si, durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 339)
2. **<u>Si se encuentra en remisión total o parcial</u>**
    - **Remisión parcial:** Aplica cuando, después de haberse cumplido todos los criterios para la anorexia nerviosa, el primer criterio referente al peso corporal bajo, no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumplen los demás criterios. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 339)
    - **Remisión total:** Aplica cuando, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, ninguno ha sido cumplido durante un período continuado. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 339)
3. **<u>La gravedad actual:</u>** La gravedad mínima se basará, en adultos, en el índice de masa corporal (IMC) y, en niños, niñas o adolescentes, en el percentil del IMC. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 339)

Por otro lado, si al momento de la evaluación a un paciente, este presenta los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa antes especificados, el médico deberá determinar tres consideraciones trascendentales: (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 345)

1. **<u>Si se encuentra en remisión total o parcial</u>**
    - **Remisión parcial:** Aplica cuando, después de haberse cumplido todos los criterios para la bulimia nerviosa, alguno de los criterios (no todos) dejó de cumplirse por un período continuado. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 345)

- **Remisión total:** Aplica cuando, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, ninguno de ellos ha sido cumplido durante un período continuado. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 345)

2. **La gravedad actual:** La gravedad mínima se basará en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. Es así que esta se medirá de la siguiente manera (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 345):
   - **Leve:** Promedio de 1 a 3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
   - **Moderado:** Promedio de 4 a 7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
   - **Grave:** Promedio de 8 a 13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
   - **Extremo:** Promedio de 14 o más episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 345)

Una vez realizadas dichas consideraciones, dentro de las tareas fundamentales atribuidas a los médicos de familia, se encuentra la tarea fundamental de trasmitir al paciente y sus familiares la certeza del trastorno, que puede y debe curarse y que precisa la colaboración de la familia; es por ello que, en la mayoría de centros hospitalarios, debe existir un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud para poder tratar a los enfermos de TCA. (Serra, 2015, pág. 114)

Por tanto, los principales objetivos de los centros de atención primaria y de los médicos de familia y pediatras son: Informar de forma clara a los pacientes y familiares, comprometer a la familia en la prevención y tratamiento, hacer un diagnóstico y una evaluación física precoz, y adoptar la decisión del tratamiento in situ o de la derivación. (Serra, 2015, pág. 113)

En este orden de cosas, durante el tratamiento, el paciente presentará cinco estadios, los cuales son:

1. Pre contemplación: El paciente no tiene conciencia de la enfermedad, por lo que no reconoce el problema. El objetivo del terapeuta es explicar el problema, evitando central el tema en la comida. (Serra, 2015, pág. 117)

2. Contemplación: En esta fase el paciente sabe que tiene un problema, pero todavía no se ha planteado que tenga que cambiar. (Serra, 2015, pág. 117)
3. Preparación: En esta fase el paciente quiere solucionar su problema, pero no sabe cómo hacerlo, por lo que el terapeuta deberá ayudarlo a explorar los miedos y plantear soluciones. (Serra, 2015, pág. 117)
4. Acción: El paciente tiene un plan y desea ponerlo en práctica, por lo que el paciente negociará y pactará el plan con su terapeuta. (Serra, 2015, pág. 117)
5. Mantenimiento: En esta fase se evaluarán los cambios que se han producido durante el tratamiento y las dificultades encontradas, para, de esa manera, plantear soluciones y seguir adelante. (Serra, 2015, pág. 117)

B) Hospitales de día

A través de los hospitales del día se llevará a cabo la hospitalización parcial, la cual consiste en un modelo de tratamiento que provee de servicios terapéuticos y de hospedería durante 8 a 12 horas al día, y durante 3 a 5 días a la semana. (Serra, 2015, pág. 120)

Es importante identificar que estos hospitales de día constituyen una herramienta muy útil para trabajar diferentes aspectos terapéuticos grupales y para pacientes motivados en su curación[26]. (Serra, 2015, pág. 120)

En los hospitales de día pueden existir varios programas, entre los cuales se pueden encontrar (Serra, 2015, pág. 121):

- **Programa de monitorización de comidas:** Se controla la comida tanto por lo que respecta al control de la dieta como a la atención emocional y afectiva de los pacientes en el trance de comer.
- **Programa de reestructuración cognitiva:** Consiste en identificar los pensamientos distorsionados e irracionales, para, posteriormente, objetivarlos y poder modificarlos.
- **Programa de ergoterapia:** Se trata de que los pacientes expresen sus sentimientos y emociones mediante la expresión artística.

[26] La Dra. Cecilia Mera (**Anexo No. 4**, pregunta 8), la Dra. Gladys Guzmán (**Anexo No. 5**, pregunta 8) y el Dr. Eduardo Torres (**Anexo No. 6**, pregunta 8), especifican que no existe ningún hospital de día para anorexia y bulimia en nuestro país.

- **Programa de habilidades sociales:** Se tratan técnicas de habilidades sociales que permitan a los pacientes interactuar de forma satisfactoria.
- **Programa para el grupo temático:** Se abordan temas o situaciones comunes para los pacientes para que, entre ellos mismos, busquen solución.
- **Programa de imagen corporal:** Con diferentes técnicas se pretende que los pacientes adquieran una experiencia corporal sana y que acepten tanto su imagen como la de los demás.
- Programa de control médico y psiquiátrico. (Serra, 2015, pág. 121)

C) La hospitalización

Acorde al libro "Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos", la hospitalización de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria consistirá en aplicar ciertas medidas terapéuticas generales, a través de las cuales se someterá a los pacientes a un programa de alimentación y recuperación ponderal (de su peso), a las cuales se les sumará programas de intervenciones psicoterapéuticas. (Serra, 2015, pág. 124)

Es por ello que en el mismo libro se identifica como los dos grandes objetivos de la hospitalización a los siguientes: el primero (prioritario), es la recuperación somática (de tejidos y órganos) y ponderal; el segundo sería intervenir en los aspectos más psicológicos del TCA. (Serra, 2015, pág. 122)

En la hospitalización se darán ciertos problemas, tales como la negativa a comer, lentitud en las comidas, ritual de desmenuzar el alimento y contar las calorías, vómitos, ganancia de peso muy rápida o muy lenta y ejercicio; casos en los cuales se deberá aplicar soluciones específicas para cada problema. (Serra, 2015, pág. 123)

De esta forma, algunas de las soluciones que se aplicarán durante la hospitalización, serán (Serra, 2015, pág. 123):

- En caso de la negativa a comer, se movilizará el apoyo del grupo, pero si la persona mantiene la negativa tras varias comidas, se deberá proponer alimentación enteral (mediante sonda); si aún mantiene la negativa, esta deberá ser aplicada.
- En caso de lentitud en comida, se deberá retirar la alimentación transcurrido un tiempo fijado (35 minutos). En caso de no haber avances, se deberá optar por la alimentación separada en la habitación con supervisión directa de la enfermera.

- En caso de ganancia muy lenta de peso, se deberá controlar la alimentación y que la paciente no esté escondiendo o tirando comida, ni tampoco pasando comida a otras compañeras. (Serra, 2015, pág. 123)

Finalmente, la psicóloga Marga Serra identifica que una vez que el paciente ingresa en una unidad de hospitalización, su autonomía queda limitada y se enfrentará a la parte más oscura que esta persona trataba de evitar, por lo que la alianza terapéutica con las y los pacientes es básica para mantener el tratamiento. (Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos, 2015, pág. 124)

D) Tratamiento especial para las familias de los enfermos de TCA

Este tratamiento tiene su razón de ser en el hecho que, cuando aparece un TCA en un núcleo familiar, todo el entorno se sentirá afectado, por lo que se requiere que la familia recupere ese equilibrio y aprenda cómo aportar a la recuperación de la o el paciente cuando vuelvan a casa y su tratamiento esté avanzado. (Serra, 2015, pág. 125)

Esta terapia se puede realizar a través de los grupos de familias, el cual constituye un espacio de encuentro de familias en diferentes fases del tratamiento, dirigido por terapeutas especializados, donde se trabajan aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y relacionales. (Serra, 2015, pág. 126)

La aplicación de este tratamiento especial para las familias de las personas enfermas de TCA constituye, según el psicólogo Giorgio Nardone, un tratamiento contra los TCA de tipo ‘sistémico mixto’, ya que, de un lado se trabaja con la persona que presenta el síntoma alimentario y, por otro, con el sistema relacional en el cual ésta vive. (Nardone, 2002, pág. 63)

Después de entender en qué consisten los niveles y programas del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, debemos traer a colación los derechos fundamentales que deben ser garantizados durante estos tratamientos a los pacientes, derechos que podrían verse vulnerados en aquellos casos en que, ante la negativa del paciente con anorexia o bulimia a recibir tratamiento, su familia o allegados (sin autorización judicial) decidan imponerle un tratamiento coercitivo (en contra de su voluntad).

5.1. Derechos fundamentales que deben ser garantizados mediante el tratamiento médico: Colisión de derechos en el tratamiento involuntario a personas con trastornos de la conducta alimentaria

En la obra "Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos" se determina que, independientemente del método terapéutico que se utilice dentro del tratamiento aplicado a una persona con anorexia o bulimia nerviosas, este siempre se basará en dos aspectos: La re-nutrición del paciente y el tratamiento psicológico. (Serra, 2015, pág. 111)

Es por ello que los objetivos comunes a cualquier método terapéutico utilizado para tratar un trastorno de la conducta alimentaria, son (Serra, 2015, pág. 111):

1. Conseguir una rehabilitación nutricional, lo cual conlleva que se recupere o mantenga un peso adecuado para la persona según su edad o talla.
2. Evitar o tratar las complicaciones orgánicas que sobrevinieren
3. Diagnosticar y tratar los problemas psicológicos y socio familiares de la persona bajo tratamiento
4. Prevenir las recaídas (Serra, 2015, pág. 111)

Bajo esta línea, en observancia del cumplimiento de dichos objetivos, durante el tratamiento, los médicos deben garantizar el respeto a los siguientes derechos fundamentales del paciente: derecho al libre desarrollo de su personalidad, derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud, derecho al consentimiento informado y derecho a la confidencialidad de la información; los cuales se encuentran consagrados dentro de la Constitución de la República del Ecuador y que la persona goza de forma plena durante el tratamiento de su patología. (Registro Oficial 449, 2008)

En primer lugar, el derecho al libre desarrollo de su personalidad se encuentra consagrado en el artículo 66, numeral 5 de la Constitución de la República del Ecuador, en cuya parte pertinente dispone: "**Art. 66.-** Se reconoce y garantizará a las personas: (…) **5.** El derecho al libre desarrollo de la personalidad, sin más limitaciones que los derechos de los demás. (…)" (Registro Oficial 449, 2008)

Este derecho conlleva el derecho a la autonomía y a que se respeten los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones que le atañen, una vez que ha

recibido la información adecuada sobre los aspectos más relevantes. (Del Río Sánchez, 2014, pág. 53)

Para complementar dicho concepto, es necesario identificar que en el Acuerdo Ministerial número 5316 relativo al modelo de aplicación del consentimiento informado, se define a la autonomía de la siguiente manera:

> Autonomía: El derecho de toda persona a escoger y a seguir su propio plan de vida y acción, que solo debe ser restringido cuando afecta otros derechos o bienes. Su ejercicio exige dos elementos fundamentales: la deliberación racional y la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su cuerpo y actuar libremente. (Registro Oficial Edición Especial 510, 2016)

Posteriormente, respecto a este derecho, los investigadores y filósofos Tom Beauchamp y James Childress (1998) sostienen que para que una decisión sea considerada autónoma, debe cumplir con tres condiciones: voluntariedad, información y capacidad. (Del Río Sánchez, 2014, pág. 53)

De estas tres condiciones se infiere la importancia del principio bioético de autonomía o autodeterminación, el cual conlleva el deber de no coartar o interferir en las acciones autónomas del paciente capaz, quien podrá tomar decisiones autónomas que deriven de sus propios valores y creencias y que se basen en un conocimiento y entendimiento adecuados, sin ninguna coerción externa o interna. (Gorvein & Polakiewicz, 1998, pág. 135)

Estos elementos denotan la correlación existente entre el derecho al libre desaarrollo de la personalidad, con el derecho al consentimiento informado y la confidencialidad de lo tratado en la relación médico paciente, derechos que se encuentran reconocidos en el artículo 362 de la Constitución de la República del Ecuador, norma que dispone, en su parte pertinente, lo siguiente: "**Art. 362.-** (…) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes." (Registro Oficial 449, 2008)

En cuanto al derecho a la confidencialidad de la información de lo tratado dentro de la relación profesional, este implica que el facultativo no podría, sin autorización del paciente, revelar información sobre su salud a la familia, aun cuando esto redundaría en un beneficio para la persona enferma. (Del Río Sánchez, 2014, pág. 53)

Es así que dicho derecho se encuentra definido dentro de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, en cuyo artículo 4 especifica: "DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD. - Todo

paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial." (Registro Oficial 626, 1995)

Al respecto, Ricardo Rabinovich-Berkman manifiesta que el diagnóstico de los sujetos mayores de edad, o de dieciocho años, no dementes ni sordomudos que no puedan darse a entender por escrito, debe serles confiado directamente a ellos por el médico, en absoluta privacidad y reserva, no a sus parientes, ni a su cónyuge, ni a sus amigos; ya que el diagnóstico es un dato personal y, como tal, su manejo y administración debe quedar en manos exclusivas de su titular (que es el enfermo), quien, además, será quien resuelva a quién revelarlo y a quiénes no. (Responsabilidad del médico, 1999, pág. 69)

Posteriormente, respecto al derecho al consentimiento informado, este se encuentra definido en el glosario del Acuerdo Ministerial 5169, relativo a los Lineamientos de Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, en el cual se establece lo siguiente:

> Consentimiento informado. - Es el procedimiento médico formal, cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir, la obligación del personal de salud de respetar las decisiones del usuario de forma individual y tomando en cuenta sus preferencias y cuidados y tratamientos médicos. (Registro Oficial Edición Especial 448, 2015)

Al respecto, el Acuerdo Ministerial número 5316 relativo al Modelo de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, de fecha 22 de febrero de 2016, da su propia definición del consentimiento informado:

> Consentimiento informado en práctica asistencial: El consentimiento informado es un proceso de comunicación que forma parte de la relación del profesional de salud y el paciente, por el cual una persona autónoma acepta, niega o revoca una intervención de salud. (Registro Oficial Edición Especial 510, 2016)

Es así que, en aplicación de legislación comparada, el derecho al consentimiento informado se encuentra definido dentro de la Ley 41/2002 del ordenamiento jurídico español, la cual, dentro de su artículo 3, lo define como "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud". (Ley 411/2002)

Tomando en consideración las definiciones antes mencionadas, cabe destacar que el consentimiento informado reemplaza el concepto de la relación médico paciente como un vínculo de índole paterno-filial (principio de beneficencia), por otro que la ve como un acuerdo entre iguales (principio de autonomía). (Rabinovich-Berkman, 1999, pág. 47)

Es por ello que, tal como explica Meyers (s.f.), la información que debe brindarse al paciente para recibir su consentimiento no sólo debe incluir los riesgos materiales, sino también las terapias alternativas y los peligros de no someterse al tratamiento sugerido, reforzando de ese modo la prioridad del derecho del paciente a su autodeterminación. (Rabinovich-Berkman, 1999, pág. 47)

Bajo esta postura, guarda lógica que Rabinovich-Berkman afirme que un consentimiento no informado no es un consentimiento, ya que en el caso de que un médico evite mencionar datos relevantes al enfermo para obtener su consentimiento, la aceptación del mismo sería fraudulenta. (Rabinovich-Berkman, 1999, pág. 48)

Por tanto, existen parámetros establecidos por ley para darle validez al acto jurídico de consentir un tratamiento o intervención médica, los cuales, acorde a la obra "De la responsabilidad civil médica", son los siguientes (Guzmán, y otros, 1995, págs. 35-36):

1. El consentimiento sólo puede ser otorgado por personas mayores de edad, ya que el de las personas menores de 18 años generará actos nulos (en el caso de niños y niñas serán absolutamente nulos, mientras que, en el caso de adolescentes, estos serán relativamente nulos)
2. El consentimiento no puede provenir de personas consideradas por la ley como incapaces mentales (lo que, en legislación ecuatoriana, serían las personas declaradas en interdicción por demencia)
3. El consentimiento debe expresarse ejerciendo la libertad individual, por cuanto no puede obtenerse por la fuerza, caso contrario se generaría un acto nulo o viciado de nulidad.
4. Debe existir concordancia entre lo que se quiere y lo que se acepta, por lo cual el engaño y el error vician el consentimiento. (Guzmán, y otros, 1995, págs. 35,36)

De estos parámetros se colige que el derecho al consentimiento informado tendrá ciertas limitaciones, ya que, en caso de que el paciente sea incapaz (niños, niñas, adolescentes y personas declaradas en interdicción por demencia), el consentimiento deberá ser firmado por su representante legal, lo que será tratado en apartados posteriores dedicados específicamente a este tema, ya que en esos casos operan el consentimiento informado por representación legal (sustituto) en niños, niñas y adolescentes; y, el consentimiento informado por representación o por delegación en adultos.

Siguiendo con el consentimiento informado en general, para que este exista deberán confluir tres elementos (Del Río Sánchez, 2014, pág. 53):

a. Elementos mínimos o condiciones previas:

- Capacidad (para entender y decidir)
- Voluntariedad (para decidir)

b. Elementos de la información:

- Exposición (de la información material importante)
- Recomendación (de un plan)
- Comprensión (de la exposición y la recomendación anteriores)

c. Elementos del consentimiento:

- Decisión (a favor o en contra de un plan)
- Autorización (del plan elegido) (Del Río Sánchez, 2014, pág. 53)

Es por ello que dentro del Acuerdo Ministerial número 5316 relativo al Modelo de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, se identifica la siguiente disposición:

> **PRIMERA. -** El consentimiento informado es un proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud. En caso de menores de edad o personas incapaces quien otorgue el consentimiento será su representante legal.
>
> El consentimiento informado se aplicará en procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos, luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste en procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención, de existir éstas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene. (Registro Oficial Edición Especial 510, 2016)

Ahora bien, a partir de la disposición antes mencionada, se debe entender como parte del derecho al consentimiento informado el derecho a que el paciente pueda revocar el consentimiento que otorgó, ya que consentir un procedimiento no implica no poder marchar atrás en la decisión. (Guzmán, y otros, 1995, pág. 41)

Es por esta última consideración que el derecho al consentimiento informado, además de conglobar a los demás derechos antes mencionados en el presente apartado, este también involucra el derecho que cada persona tiene a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud, derecho que va a estar consagrado en el artículo 66, numeral 10 de la Constitución de la República del Ecuador y que va a conllevar el antes mencionado derecho a la reversibilidad. (Registro Oficial 449, 2008)

Por tanto, el consentimiento informado va a tener dos aristas: El derecho a la información y el derecho a decidir, ambos contenidos dentro de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente, artículos 5 y 6, respectivamente:

> **Art. 5.-** DERECHO A LA INFORMACIÓN.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúese las situaciones de emergencia.
>
> El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento. (Registro Oficial Suplemento 626, 1995)
>
> **Art. 6.-** DERECHO A DECIDIR. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión. (Registro Oficial Suplemento 626, 1995)

En consecuencia, de las disposiciones antes descritas se colige que el consentimiento informado va a implicar otro derecho propio de cada persona, que es el derecho a rechazar recibir un tratamiento o intervención médica aun cuando dicha decisión ponga en peligro su vida, ya que, tal como lo especifica Enns (s.f.), el paciente tiene derecho a tomar una decisión irracional, en tanto sea una decisión razonada en virtud de la información que le fue conferida por parte del médico tratante. (Rabinovich-Berkman, 1999, pág. 74)

Bajo esta óptica, debemos enfatizar que en el Código Civil ecuatoriano, dentro del artículo 1462, dispone que toda persona es legalmente capaz, excepto las que la ley declara incapaces. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Esto implica que, en el caso de una persona capaz, su voluntad va a ser jurídicamente vinculante, en principio, frente a los demás en lo que respecta a su salud y su cuerpo; mientras que, en el caso de una persona incapaz, esta necesariamente deberá ser representada por otra persona. (Rabinovich-Berkman, 1999, pág. 77)

Sin embargo, la presunción contenida en el artículo 1462 del Código Civil, comienza a constituir un problema cuando se está hablando de un tratamiento a personas con TCA, quienes, debido a una característica propia de su condición, carecen de conciencia de su enfermedad, lo que genera una negación del problema y deriva en una resistencia al cambio y la falta de motivación de la mayoría de los pacientes para tratarse. (Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos, 2015, pág. 112)

Es por esto que la labor de los profesionales que tratan estos trastornos se intensifica, ya que ellos deberán evitar la confrontación y establecer un *feedback* para que la misma persona pueda reconocer que está sufriendo de un trastorno de la conducta alimentaria, para lo cual la empatía del profesional con el enfermo es clave. (Serra, 2015, pág. 112)

Sin embargo, en caso de que el profesional no logre que la propia persona mayor de 18 años reconozca que padece de anorexia o bulimia nerviosas y acepte el tratamiento sugerido, el médico quedará atado de manos, ya que no estamos hablando de los casos de emergencia y tampoco se trata de personas con una incapacidad notoria a simple vista, ni que han sido declaradas en interdicción por demencia.

Por tanto, una vez cumplida la obligación del médico de informarle las consecuencias de que la persona enferma no se trate, no puede imponerle el tratamiento, ya que la presunción de capacidad no ha sido desvirtuada; lo que, en conclusión, conlleva que la persona anoréxica o bulímica mayor de 18 años que no haya sido declarada incapaz, podría, ya sea por su falta de conciencia del trastorno o por el miedo intenso a engordar propio de su condición, negarse a recibir tratamiento médico. (Del Río Sánchez, 2014, pág. 53)

Bajo esta línea de pensamiento, toda intervención médica y cualquier revelación de información médica deberá basarse en la participación voluntaria y autorización de la propia persona, con la sola excepción de la emergencia; lo cual significa que, quien se someta a una práctica médica debe haber elegido dicha participación, basándose en la información adecuada acerca de los riesgos, beneficios y alternativas, y teniendo en cuenta sus convicciones personales, así como también implica que el facultativo no podrá revelar información alguna a menos que sea el paciente quien lo autorice; de ahí que cualquier acto médico que no reúna las condiciones antes mencionadas, sería censurable como inmoral e ilegal. (Gorvein & Polakiewicz, 1998, pág. 135)

A pesar de ello, en la obra “Responsabilidad del médico: Aspectos civiles, penales y procesales”, el autor identifica que el médico que recibe un pedido abstencionista de un paciente a quien considere que no se encuentra en sus facultades mentales para decidir, está obligado a inquirir respecto del *status jurídico* de dicho sujeto y, en caso de descubrir que es una persona capaz, será su deber inmediato el poner en conocimiento de esa afección psíquica al juez competente del lugar donde el enfermo se domicilie (o, si desconociese ese dato, por lo menos del lugar del domicilio del demandante), a efectos de que este funcionario dilucide la necesidad

de declarar a la persona enferma en interdicción por demencia. **(Anexo No. 2)** (Rabinovich-Berkman, 1999, pág. 78)

Es necesario identificar que esa es una hipótesis en que el principio de secreto profesional se revierte y el galeno se vuelve responsable no por violarlo, sino por mantenerlo. (Rabinovich-Berkman, 1999, pág. 78)

Lo sostenido por el Dr. Ricardo Rabinovich-Berkman podría trasladarse a la realidad ecuatoriana a partir de la disposición contenida en el artículo 481 del Código Civil, en el cual se habilita a provocar la interdicción del demente a cualquier autoridad o persona del cantón. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

En definitiva, la aplicación de un tratamiento involuntario a una persona mayor de 18 años con TCA cuya presunción de capacidad no ha sido desvirtuada, sería vulneratorio de derechos constitucionales, ya que, mientras esta no sea declarada como incapaz a través de un proceso judicial, su capacidad jurídica se encontraría intacta y su consentimiento o rechazo a un tratamiento o intervención médica, serían perfectamente válidos a la luz del Derecho.

Sin embargo, en caso de que el facultativo evidencia que, aun siendo la persona capaz a la luz del Derecho, esta no tenga el discernimiento necesario para rechazar un tratamiento médico que tenga una repercusión directa con su vida, este tendría el deber de poner en conocimiento de esa afección psíquica al juez competente para ocasionar la interdicción del paciente en cuestión y, a partir de ello, tratarlo a partir del consentimiento emitido por su representante legal o, en su defecto, bajo autorización judicial; lo cual será tratado en detalle en apartados posteriores.

Ahora bien, una vez agotado el análisis respecto a las implicaciones médicas de los TCA y colisión de derechos en ciertas circunstancias de las personas que los presentan, en el siguiente capítulo se analizarán las siguientes tres aristas: Personas de atención prioritaria, políticas públicas y capacidad de las personas con anorexia o bulimia nerviosas.

Capítulo segundo:
Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa invisibilizadas dentro del ordenamiento jurídico ecuatoriano

1. Personas de atención prioritaria según la Constitución de la República del Ecuador y normas secundarias

En primer lugar, debemos identificar que los grupos de atención prioritaria son aquellos que históricamente y por distintas circunstancias, tales como su condición social, económica, cultural y política, edad u origen étnico, se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de vida. (Dirección de Atención a Grupos Prioritarios, 2017)

El artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador reconoce como personas de atención prioritaria a las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, quienes, además, deberán recibir atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. (Registro Oficial 449, 2015)

Por consiguiente, para el presente trabajo investigativo me centraré en dos de los grupos de atención prioritaria antes especificados: En las personas que adolecen enfermedades catastróficas y en los niños, niñas y adolescentes, específicamente para analizar la posibilidad de que la anorexia y bulimia nerviosas puedan ser consideradas como enfermedades catastróficas acorde a nuestro ordenamiento jurídico y detallar qué sucede con el consentimiento informado de los niños, niñas y adolescentes.

1.1. Anorexia y bulimia como enfermedades catastróficas dentro del régimen jurídico ecuatoriano

En primer lugar, el Acuerdo Ministerial número 1829 define a las enfermedades catastróficas de la siguiente manera:

> Son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación. Generalmente cuentan con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras. (Registro Oficial 798, 2012)

En el artículo 259 de la Ley Orgánica de la Salud[27] se establece la definición de enfermedad catastrófica, la cual se entenderá como (Registro Oficial Suplemento 423, 2012):

> **Art. 259.-** Para efectos de esta Ley, se entiende por:
> Enfermedad Catastrófica. - Es aquella que cumple con las siguientes características:
> a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona
> b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y,
> c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria. (Registro Oficial Suplemento 423, 2012)

Asimismo, dentro del Informe Favorable para Primer Debate del Código Orgánico de Salud, se da la siguiente definición de enfermedad catastrófica:

> **Enfermedades catastróficas. –** Son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y en la mayoría de los casos, comprometen la independencia financiera o la reducen a la subsistencia o cerca de niveles de pobreza; por ser de carácter prolongado o permanente pueden ser susceptibles de programación.
> Reúne las siguientes características:
> a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
> b) Que sea una enfermedad crónica y, por lo tanto, que su atención no sea emergente; y,
> c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en la normativa expedida, para el efecto, por la Autoridad Sanitaria Nacional. (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

Como se colige de las definiciones antes detalladas, el Código Orgánico de Salud recogería tanto la definición del Acuerdo Ministerial 1829, como las características exigidas por el artículo 259 de la Ley Orgánica de Salud para considerar una enfermedad como catastrófica.

A partir de estos elementos, en el presente trabajo investigativo se analizará si la anorexia y bulimia nerviosas podrían ser consideradas enfermedades catastróficas, para lo cual se tomarán los datos existentes de dichas patologías y verificará si estos se adecúan a la definición y requisitos exigidos por Ley para determinar qué enfermedades pueden ser consideradas como catastróficas.

a. Que implique un alto riesgo para la vida de la persona

Respecto a esta característica necesaria de las enfermedades catastróficas, es importante determinar que la semihambre de la anorexia nerviosa, así como también los comportamientos de purga que a veces se asocian a la misma o que también se ven involucrados en la bulimia

[27] En el año 2012, la Ley Orgánica de Salud fue reformada para incluir, entre otras, a las enfermedades catastróficas (mediante la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, para incluir el Tratamiento de las Enfermedades Raras o Huérfanas y Catastróficas). (Registro Oficial 625, 2012)

nerviosa, pueden llevar a desarrollar afecciones médicas que pueden suponer una amenaza importante para la vida. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 341)

Bajo este precepto, en el texto "Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria" se identifica a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como una de las entidades patológicas más frecuentes. (Plumed & Rojo, 2014, pág. 27)

Esto se debe a que los datos epidemiológicos estudiados por Mathers (2000) indican una prevalencia de entre el 1% y el 10%; además que Millar (2005) ha señalado que los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran entre las 10 causas más frecuentes de incapacidad entre mujeres y poseen el índice de mortalidad más alto de todos los trastornos mentales. (Plumed & Rojo, 2014, pág. 27)

Con el mismo criterio, Conxa Perpiñá también identifica que los TCA tienen las tasas más altas de mortalidad entre los trastornos mentales, ya que, en concreto, cita a Steinhausen (2002), quien establece que la anorexia nerviosa tiene una mortalidad extremadamente elevada, calculada en torno al 5,6% por década, si bien en seguimientos de 20 a 30 años dicho porcentaje se eleva hasta el 20%. (Perpiñá, 2014, pág. 623)

Es importante mencionar que los datos epidemiológicos indican que la anorexia y la bulimia nerviosas conducen a la muerte en el 6% de los casos que lo padecen. (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009)

En primer lugar, respecto de la anorexia nerviosa, Sullivan (1995) concluye que este trastorno de la conducta alimentaria acarrea una mortalidad a largo plazo cercana al 20% a los 20 años, cuyas causas principales son la inanición, suicidio y muerte súbita de causa cardíaca. (Lenoir & Silber, 2006)

Acorde al estudio realizado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la tasa bruta de mortalidad de la anorexia nerviosa es de aproximadamente un 5% por década, ya que en este trastorno de la conducta alimentaria la muerte se suele producir por las complicaciones médicas asociadas a la propia enfermedad o por suicidio. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 342)

Por otro lado, respecto al riesgo de suicidio en personas que padecen de anorexia nerviosa, este es elevado, con tasas publicadas del 12 por 100.000 al año. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 343)

En segundo lugar, Keel *et al.* (1999) y Toro (2000), respecto a la bulimia nerviosa, estableció que la mortalidad de enfermas de bulimia es de aproximadamente un 0,38%. (Serra, 2015, pág. 34)

En otros estudios realizados por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, se reconoce que existe un riesgo significativamente alto de mortalidad en los individuos con bulimia nerviosa, ya que la tasa bruta de mortalidad de la bulimia nerviosa es cercana al 2% por década. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 347)

Finalmente, dicha Asociación ha identificado un riesgo de suicidio elevado en la bulimia nerviosa, ya que la comorbilidad con otros trastornos mentales es frecuente en los individuos de bulimia nerviosa, quienes, además, tendrán un aumento en la frecuencia de síntomas depresivos y trastornos depresivos y bipolares. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 349)

En conclusión, la anorexia y bulimia nerviosas sí implican un alto riesgo para la vida de la persona que las padece, por lo que estaría cumpliendo con el primer requisito legal de las enfermedades catastróficas.[28]

b. Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente

En el Tratado de Psiquiatría se identifican como caracteres comunes de las enfermedades crónicas el que constituyan trastornos mentales durables, estables y, a veces, progresivos; y que modifiquen más o menos profundamente el sistema de la personalidad. (Ey, Bernard, & Brisset, 1980, pág. 326)

Respecto a la cronicidad de los trastornos de la conducta alimentaria, estudios de seguimiento de su evolución de entre 5 y 12 años desde su inicio, se han obtenido las siguientes estadísticas (Serra, 2015, pág. 16):

- Alrededor del 50% de pacientes están completamente recuperados y normalizados.
- Alrededor de un 25% mantienen síntomas como alteraciones menstruales, oscilaciones excesivas de peso, etc.

[28] Tal como lo especifican la Dra. Cecilia Mera (**Anexo No. 4**, pregunta 1), la Dra. Gladys Guzmán (**Anexo No. 5**, pregunta 1) y el Dr. Eduardo Torres (**Anexo No. 6**, pregunta 1), la anorexia y bulimia nerviosas sí implican un alto riesgo para la vida de los pacientes que las presentan (consideradas como las enfermedades mentales más riesgosas para la vida de quienes las padecen)

- Alrededor de un 20% siguen con el trastorno.
- Alrededor de 5% mueren.
- Alrededor del 20% de personas con anorexia nerviosa suelen evolucionar hacia la bulimia nerviosa. (Serra, 2015, pág. 16)

Es así que Marga Serra determina que dichos datos se refieren a pacientes de todas las edades, pero que, cuando estos pacientes son adolescentes, la evolución satisfactoria de la enfermedad aumenta alrededor del 80%, por lo que la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa deben ser tratadas de forma inmediata. (Serra, 2015, págs. 16-17)

Acorde a la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, en el estudio realizado, la prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4%. Asimismo, establece que se sabe menos respecto a la prevalencia en los hombres, ya que la anorexia nerviosa es mucho menos común entre los hombres que entre las mujeres, reflejando normalmente la población clínica una proporción entre mujeres y hombres de aproximadamente 10:1. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 2014, pág. 341)

Por otro lado, respecto a la bulimia nerviosa, la prevalencia entre las mujeres jóvenes es del 1% al 1,5%. De esta forma, se ha identificado que la prevalencia es mayor entre los adultos jóvenes, ya que este trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y la edad adulta temprana; por otro lado, no se conoce respecto de la prevalencia puntual de la bulimia nerviosa en hombres, pero esta se presentará en hombres de forma mucho menos común que en mujeres, con una proporción entre mujeres y hombres de 10:1. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014, pág. 347)

Asimismo, es indispensable mencionar que, acorde a Keel *et al.* (1999) y Toro (2000), determinaron que, tras aproximadamente 10 años de evolución, la recuperación total se constata en el 50% de los casos, mientras que alrededor de un 11% a 20% seguirán cumpliendo criterios diagnósticos de bulimia nerviosa. (Serra, 2015, pág. 34)

En este orden de cosas, en el libro “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)”, se especifica que el curso de la bulimia nerviosa podrá ser crónico o intermitente, ya que podría presentar períodos de remisión. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014)

Con un criterio complementario a lo especificado anteriormente, Toro (2000) determinó que una vez superado el trastorno, alrededor del 30% va a recaer, pero el riesgo de recaída declina progresivamente transcurridos los primeros cuatro primeros años tras la aparición del trastorno. (Serra, 2015, pág. 34)

Finalmente, Conxa Perpiñá identifica que, acorde a estudios realizados, el 40% de las personas con bulimia nerviosa permanecen sintomáticas crónicamente y entre el 40% a 60% de pacientes tratados recaen en el seguimiento. (Perpiñá, Trastornos alimentarios, 2008, pág. 411)

Por lo tanto, estas patologías sí son enfermedades crónicas[29], por cuanto cumplen con el segundo requisito exigido por Ley para determinar qué enfermedades pueden ser consideradas catastróficas.

c. Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.

Acorde a los criterios de inclusión para las enfermedades catastróficas contenidos en el artículo 1 del Acuerdo Ministerial 1829 emitido por el Ministerio de Salud Pública, suscrito en fecha 06-sep.-2012 y publicado en el Registro Oficial 798 de 27-sep.-2012, el valor promedio del tratamiento mensual para que una patología sea considerada como catastrófica, debe ser mayor al valor de una canasta familiar vital, el cual será publicado mensualmente por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. (Registro Oficial 798, 2012)

De esta manera, para el mes de febrero del 2018, la canasta familiar vital alcanza un costo de quinientos dólares de los Estados Unidos de América con cuarenta y nueve centavos (USD 500,49)**.** (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2017)

Ahora bien, la Dra. Cecilia Mera (Anexo No. 4, pregunta 5), la Dra. Gladys Guzmán (Anexo No. 5, pregunta 5) y el Dr. Eduardo Torres (Anexo No. 6, pregunta 5), en las entrevistas realizadas especificaron que el tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas tendría un costo mensual de 500 dólares a 1000 dólares americanos (aproximadamente).

[29] Este criterio es compartido por la Dra. Cecilia Mera (**Anexo No. 4**, pregunta 2), la Dra. Gladys Guzmán (**Anexo No. 5**, pregunta 2) y el Dr. Eduardo Torres (**Anexo No. 6**, pregunta 2), quienes concluyen que la anorexia y bulimia nerviosas sí son enfermedades crónicas.

Por tanto, al ser el valor del tratamiento de anorexia o bulimia nerviosa más elevado que los USD 500,49 determinados como valor de la canasta familiar vital para el mes de febrero del 2018, se corrobora que estas patologías también cumplirían con este tercer requisito.

En conclusión, la anorexia y bulimia nerviosas sí cumplen con todos los requisitos de inclusión para las enfermedades catastróficas, lo cual fue corroborado por la Dra. Cecilia Mera (**Anexo No. 4**, pregunta 10), la Dra. Gladys Guzmán (**Anexo No. 5**, pregunta 10) y el Dr. Eduardo Torres (**Anexo No. 6**, pregunta 6), quienes también consideran que estas patologías podrían ser incluidas en la categoría de las enfermedades catastróficas.

Una vez demostrado que la anorexia y bulimia nerviosas cumplen con las tres características exigidas por ley para la determinación de qué enfermedades pueden ser consideradas como catastróficas, concluimos que las personas con estos TCA podrían ser consideradas personas de atención prioritaria a la luz de lo que consagra la Constitución del Ecuador.

Así, en el siguiente apartado se tratará respecto a otro grupo de atención prioritaria, que son los niños, niñas y adolescentes, así como la incidencia de los TCA en este sector de la población, para, finalmente, hacer un análisis del consentimiento informado en los mismos.

1.2. Anorexia y bulimia en niños, niñas y adolescentes

Primeramente, es necesario identificar que el artículo 4 del Código de la Niñez y Adolescencia establece que se considerarán como niños y niñas a las personas que no han cumplido los doce años de edad; y como adolescentes a las personas de ambos sexos que se encuentren entre los doce y dieciocho años de edad.[30] (Registro Oficial 737, 2003)

Una vez establecido quiénes son considerados como niños, niñas y adolescentes dentro del ordenamiento jurídico ecuatoriano, es menester hacer alusión a lo mencionado dentro del artículo denominado “Anorexia nerviosa en niños y adolescentes”, en el cual se establece que los TCA se han convertido en enfermedades globales que no respetan edad y comprometen incluso a niños menores de doce años. (Lenoir & Silber, 2006)

[30] Este artículo deroga tácitamente la clasificación que hace el Código Civil en su artículo 21. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Es así que Gross y Rosen (1988), dentro de estudios con población adolescente, concluyen que existe una incidencia del 4 al 10% en mujeres con edades comprendidas entre 15 y 18 años. (Ballester & Guirado, 2003)

Por otro lado, Johnson, Tobin y Lipkin (1989) realizaron un estudio epidemiológico sobre 1.268 chicas adolescentes y obtuvieron como resultado que la prevalencia de los TCA entre los 14 y 18 años, iban del 2 al 4,1%. (Ballester & Guirado, 2003)

Así pues, Ledoux, Choquet y Flament (1991) realizaron un estudio con más de 3.000 estudiantes franceses con edades comprendidas entre los 12 y 19 años, encontrando que el 28,2% de las mujeres y el 13,4% de los varones presentaban episodios bulímicos, y que un 0,7% (1,1% mujeres y 0,2% varones), presentaban diagnóstico de bulimia; por cuanto concluyeron que este trastorno aparecía generalmente tras la pubertad y que su incidencia aumentaba a partir de los 14 años. (Ballester & Guirado, 2003)

Finalmente, Ballester y Guirado realizaron un estudio realizado con una muestra de 819 niños, niñas y adolescentes con un rango de edad comprendido entre los 11 y 14 años, después del cual concluyeron que, aun cuando la mayoría de investigaciones realizadas han considerado que estos trastornos aparecen tras la pubertad y que su incidencia aumenta a partir de los 14 años, la anorexia y bulimia nerviosas se están presentando en niños de edades mucho más tempranas (11 años). (Ballester & Guirado, 2003)

No existen estudios en el Ecuador que indiquen cuál es la prevalencia de anorexia y bulimia nerviosas en niños, niñas y adolescentes, por cuanto dentro de las entrevistas realizadas a la Dra. Cecilia Mera (**Anexo No. 4**, pregunta 14), la Dra. Gladys Guzmán (**Anexo No. 5**, pregunta 13) y el Dr. Eduardo Torres (**Anexo No. 6**, pregunta 12), el rango de edades de personas que presentan un TCA varía entre hombres y mujeres; sin embargo, la mayoría de pacientes suelen ser niños, niñas y adolescentes, llegando a tratar a niños y niñas desde los 8 años de edad hasta adultos de 50 años.

A partir de esta consideración y tomando en cuenta que en el presente trabajo investigativo se defiende la postura de que la anorexia y bulimia nerviosas deberían ser consideradas como enfermedades catastróficas, los niños, niñas y adolescentes que adolezcan de estos trastornos de la conducta alimentaria se encontrarían en una situación de doble vulnerabilidad, por cuanto se aplicaría lo previsto en el artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador, el cual, en su parte pertinente, dispone: "**Art. 35. –** (…) El Estado

prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.” (Registro Oficial 449, 2008)

Posteriormente, es esencial mencionar que, dentro de los artículos 44 y 45 de la Constitución de la República del Ecuador se les reconoce a los niños, niñas y adolescentes el goce de los derechos comunes del ser humano (los cuales, para efectos del presente trabajo investigativo, detallamos en el último apartado del Capítulo I), además de otros derechos específicos de su edad, como son el cuidado y protección de su vida desde la concepción, el respeto de su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten, siempre atendiendo al principio de su interés superior. (Registro Oficial 449, 2008)

El interés superior del niño es uno de los principios cardinales en materia de derechos de niñas, niños y adolescentes, el cual se encuentra reconocido en el artículo 3.1 de la Convención de Naciones Unidas de Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1989, ratificada también por el Ecuador. (Aguilar Cavallo, 2008)

Pérez (1997) menciona que el interés superior debe referirse al desenvolvimiento libre e integral de los niños, niñas y adolescentes; a la supremacía de todo lo que les beneficie más allá de las apetencias personales de sus padres, tutores, curadores o administraciones públicas. (Bartolomé Tutor, 2015, pág. 63)

Como se ha observado a lo largo del presente trabajo investigativo, existe una alta prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en niños, niñas y adolescentes, ya que, con el paso de los años, las edades en las que comienzan a presentarse cuadros de anorexia o bulimia nerviosas han ido disminuyendo. Ahora bien, es necesario realizar un análisis pormenorizado respecto al consentimiento informado en niños, niñas y adolescentes con anorexia o bulimia en relación con la limitada capacidad de ejercicio que, en principio, ostentan.

1.2.1. Consentimiento informado en niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia

Toda vez que en el último apartado del Capítulo I del presente trabajo investigativo ya se ha definido al consentimiento informado en general, es necesario identificar que en el presente apartado se hace referencia al consentimiento informado en los niños, niñas y adolescentes no emancipados, ya que, acorde los artículos 266 y 308 del Código Civil ecuatoriano, la emancipación da fin a la patria potestad y da al hijo el derecho de obrar

independientemente; y, por tanto, los niños, niñas y adolescentes emancipados estarían habilitados para dar o no su consentimiento médico por sí mismos. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Esta disposición guarda relación directa con el artículo 1463 del mismo cuerpo legal, ya que acorde a este, los niños y niñas son considerados como absolutamente incapaces y, por tanto, sus actos serán nulos; mientras que los adolescentes van a ser considerados como incapaces relativos, lo que deriva en que sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos respectos determinados en la ley. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Es así que el ordenamiento jurídico ecuatoriano prevé, dentro del Acuerdo Ministerial número 5316, el consentimiento informado en caso de que el paciente sea un niño, niña o adolescente (no emancipado):

> PRIMERA. - (…) En caso de menores de edad o personas incapaces quien otorgue el consentimiento será su representante legal. (Registro Oficial Edición Especial 510, 2016)

Esto, dentro del glosario del antes mencionado Acuerdo Ministerial, es denominado consentimiento informado por representación legal (sustituto), al cual se le ha dado la siguiente definición normativa:

> Consentimiento informado por representación legal (sustituto): Consentimiento informado dado por alguien en nombre de otro, que está incapacitado para darlo por sí mismo o no tiene capacidad legal para hacerlo. (Registro Oficial Edición Especial 510, 2016)

En cuanto a la definición doctrinaria del consentimiento sustituto, en la obra "El consentimiento informado en la praxis médica" se lo define como la facultad que tienen los padres o representantes legales de la persona menor de edad de consentir por él o ella en algunos casos explícitos, cuando el pupilo, por condición de su enfermedad o en razón de su edad, no está en capacidad de decidir de forma autónoma sobre su propio cuerpo y ante determinadas alternativas terapéuticas y clínicas, como presupuesto fundamental para garantizar la efectiva protección de su derecho a la vida, salud integral e integridad física o psíquica. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 174)

A partir de esta definición, es necesario especificar que el ejercicio del consentimiento sustituto sería legítimo en la medida que contribuya a lograr el bienestar del niño, niña o adolescente, en observancia al principio constitucional de su interés superior. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 175)

Es por ello que la Corte Constitucional colombiana, dentro de su sentencia número T-560A hace alusión a este consentimiento sustituto y concluye que la razón de su surgimiento es para garantizar la efectiva protección de los derechos a la vida, salud e integridad física de quienes no se encuentran en capacidad de decidir de manera autónoma sobre su propio cuerpo, como es el caso de los hijos menores de edad. (Consentimiento informado del paciente, 2007)

Bajo esta perspectiva, el ejercicio de la patria potestad habilitaría a los padres a intervenir en las decisiones clínicas y terapéuticas de sus hijos menores de edad y a exigir que se dé prevalencia a las que ellos adopten, en caso de que haya una contradicción que pusiera en peligro el derecho fundamental a la vida de los menores de edad. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 175)

Posteriormente, en cuanto a cómo debe efectuarse dicho consentimiento informado en pacientes menores de edad, el Acuerdo Ministerial número 5316, relativo al modelo de aplicación del consentimiento informado, lo regula de la siguiente manera:

> 7.3. Consentimiento informado en pacientes menores de edad
>
> En el caso de menores de edad, el consentimiento informado deberá ser suscrito por el padre o la madre, o su tutor o curador.
>
> En el caso de padres menores de edad emancipados, el consentimiento podrá ser suscrito por los mismos, tanto para intervenciones clínicas en ellos o en sus hijos.
>
> Para una intervención médica en un menor de edad de padres menores de edad no emancipados, uno de los abuelos del menor, bajo cuya patria potestad viva, podrá suscribir el consentimiento informado.
>
> Cuando no exista una representación legal definida para un menor de edad y se presente un caso de disputa de la misma, o en casos en los cuales exista una definición contradictoria respecto a una intervención clínica entre los representantes legales de un menor, el profesional de la salud en base a la valoración clínica, actuará en consideración al interés superior y beneficio del paciente.
>
> El artículo 28 del Código Civil señala que "son representantes legales de una persona, el padre o la madre, bajo cuya patria potestad vive; su tutor o curador; (…)", que actúan en caso de no existir padres de los menores. (Registro Oficial Edición Especial 510, 2016)

Ahora bien, es importante mencionar que, acorde al antes mencionado Acuerdo Ministerial, en caso de los adolescentes, el profesional de la salud debe informarle al menos de manera verbal, utilizando términos sencillos, claros y con calidez, respecto al procedimiento médico que se le va a aplicar y, adicionalmente, deberá solicitar el consentimiento informado escrito de los padres o representantes legales; sin embargo, dicha norma no prevé expresamente la obligación del facultativo de informar al paciente niño o niña. (Registro Oficial Edición Especial 510, 2016)

Al respecto, es importante mencionar que aun cuando no se obligue expresamente al facultativo a informar al paciente niño o niña, se debe respetar su derecho a ser consultado, ya que, aun cuando en ellos el principio de autonomía posee limitaciones claras, no por ello se debe inobservar la participación y colaboración que tendrán por sí mismos en cualquier proceso diagnóstico o terapia que reciban. (Aguilar-Sierra, 2011)

Ello se fundamenta en el derecho a ser consultados que tienen tanto los adolescentes, como los niños y niñas, el cual se encuentra consagrado en el segundo inciso del artículo 45 de la Constitución de la República del Ecuador, el cual, en su parte pertinente, estipula que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a ser consultados en los asuntos que les afecten. (Registro Oficial 449, 2008)

Además, este derecho se encuentra desarrollado en el artículo 60 del Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia, el cual dispone:

> Art, 60. – Derecho a ser consultados. – Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser consultados en todos los asuntos que les afecten. Esta opinión se tendrá en cuenta en la medida de su edad y madurez.
>
> Ningún niño, niña o adolescente podrá ser obligado o presionado de cualquier forma para expresar su opinión. (Registro Oficial 737, 2003)

Sin embargo, tomando en cuenta dicho derecho, ¿qué tan vinculante es la decisión del niño, niña o adolescente de recibir un tratamiento médico frente a la negativa o ignorancia de sus representantes legales? O, en su defecto, ¿qué tan vinculante es la negativa del niño, niña o adolescente a recibir un tratamiento médico frente a la decisión de sus representantes legales?

Estas interrogantes son planteadas debido a que en la última oración del primer inciso de dicho artículo 60 del Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia se establece que la opinión emitida por los niños, niñas y adolescentes será tomada en cuenta en la medida de su edad y madurez; lo cual nos remite a la doctrina del menor maduro, que fue desarrollada en los Estados Unidos a partir de los años 70, como consecuencia de las demandas iniciadas por los padres contra los médicos que atendían a sus hijos menores de edad sin su consentimiento. (Bartolomé Tutor, 2015, pág. 198)

Esta doctrina establece una presunción *iuris tantum* de capacidad y madurez del menor para afrontar con autonomía decisiones que se encuentren relacionadas con su salud; pero, como tal presunción, cabe prueba en contrario, por cuanto requiere que en cada caso concreto se

determine la madurez de la persona menor de edad frente a una intervención sanitaria concreta. (Bartolomé Tutor, 2015, págs. 199-201)

Un caso emblemático de la teoría del menor maduro a nivel internacional que nos puede ayudar a resolver una de las interrogantes planteadas en párrafos anteriores, es el conocido como Caso Gillick[31], en el cual se resolvió que el personal sanitario tiene la obligación de proveer asesoramiento y tratamiento médico a menores de 16 años sin informar ni pedir el consentimiento de sus representantes legales, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos (Mecías, 2014, págs. 7-8):

- **a.** Que el niño, niña o adolescente, pese a tener menos de 16 años, tenga madurez suficiente para entender todas las consecuencias del tratamiento.
- **b.** Que el personal sanitario no pueda persuadir al niño, niña o adolescente para que informe a sus padres de que está siguiendo dicho tratamiento o, en su caso, permita al médico informarles.
- **c.** Que sea muy probable que el niño, niña o adolescente entable o continúe practicando relaciones sexuales con independencia de su sometimiento o no a algún tratamiento anticonceptivo o contra enfermedades de transmisión sexual.
- **d.** Que, en caso de no someterse al tratamiento, el niño, niña o adolescente pueda verse afectado en su salud física o psíquica.
- **e.** Que el interés del niño, niña o adolescente aconseje la confidencialidad médica. (Mecías, 2014, págs. 7-8)

Este caso específico se ve relacionado con el tema del presente trabajo de disertación en aquellos casos en que el niño, niña o adolescente sí quiera someterse a un tratamiento contra la anorexia o bulimia nerviosas, pero sus representantes legales, ya sea por ignorancia de que su hijo o pupilo presenta un cuadro de estos TCA, o porque no consideran que es una enfermedad y la califican como un "capricho", no quieren darle tratamiento. En este caso, la persona menor de edad podría, una vez verificado que confluyen todos los requisitos antes detallados (exceptuando el requisito del literal C, que no tendría cabida dentro de la temática de los TCA) y, sobre todo, en función de su grado de madurez y desarrollo, someterse a tratamiento sin el consentimiento de sus padres.

[31] Denominado 'Gillick vs. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority' (1985), resuelto por la Cámara de los Lores en Gran Bretaña.

En Ecuador, esto podría lograrse a través de una medida de protección, cuya definición normativa se encuentra contenida en el artículo 215 del Código de la Niñez y Adolescencia, que, en su parte pertinente, dispone lo siguiente:

> Art. 215. – Concepto. – Las medidas de protección son acciones que adopta la autoridad competente, mediante resolución judicial o administrativa, en favor del niño, niña o adolescente, cuando se ha producido o existe el riesgo inminente de que se produzca una violación de sus derechos por acción u omisión del Estado, la sociedad, sus progenitores o responsables o del propio niño o adolescente. (…) (Registro Oficial 737, 2003)

Es así que, para precautelar el derecho de los niños, niñas y adolescentes, estos se encuentran facultados para ser legitimados activos y proponer por sí mismos la acción administrativa de protección cuando se ha producido una amenaza o violación de sus derechos individuales, tal como lo especifican los artículos 235, literal a), y el artículo 236 del Código de la Niñez y Adolescencia.[32] (Registro Oficial 737, 2003)

Posteriormente, respecto a la acción judicial de protección, acorde al artículo 265, literal c) del Código de la Niñez y Adolescencia, esta podría ser propuesta por cualquier persona mayor de quince años que tenga interés en ello, quien requerirá necesariamente el patrocinio de un abogado.[33] (Registro Oficial 737, 2003)

Esto guarda concordancia con el artículo 31, segundo inciso, del Código Orgánico General de Procesos, en el que se establece que las y los adolescentes pueden ejercer directamente las acciones judiciales encaminadas al ejercicio y protección de sus derechos y garantías.[34] (Registro Oficial 506, 2015)

Estas disposiciones se encuentran fundamentadas en el artículo 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el cual se estipula que todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere, por parte de su familia, sociedad y

[32] Acorde al artículo 218, tercer inciso, del Código de la Niñez y Adolescencia, serán competentes para disponer las medidas administrativas de protección tanto los jueces de la Niñez y Adolescencia, como las juntas cantonales de Protección de Derechos, según quien haya prevenido el conocimiento de los hechos que las justifican. (Registro Oficial 737, 2003)

[33] El Código de la Niñez y Adolescencia, en su artículo 218, segundo inciso, estipula que las medidas judiciales de protección solo pueden ser ordenadas por los jueces de la Niñez y Adolescencia. (Registro Oficial 737, 2003)

[34] En el último inciso del artículo 65 se reconoce a los adolescentes la facultad de ejercer directamente aquellas acciones judiciales encaminadas al ejercicio y protección de sus derechos y garantías; y, a los niños la facultad de pedir directamente auxilio para la protección de sus derechos cuando deban dirigir la acción contra su representante legal. (Registro Oficial 737, 2003)

por parte del Estado. (Convención Americana sobre Derechos Humanos, Ratificada por Ecuador en 1977)

Por otro lado, respecto a la interrogante de qué tan vinculante es la negativa del niño, niña o adolescente frente a un tratamiento, se trae a colación el caso tratado dentro de la película llamada "My Sister's Keeper"[35]. En esa película se habla acerca de la emancipación médica, ya que Ana, la protagonista, reclamaba los derechos sobre su propio cuerpo a sus padres, aduciendo que toda su vida había sido sometida a cirugías para ser donante de su hermana Kate, quien tuvo cáncer desde que era niña. (Cassavetes, 2009)

Es así que, en dicha película, la protagonista gana el juicio en el que demandó a sus padres y, en consecuencia, obtiene los derechos sobre su cuerpo, lo que deriva en que nadie podía someterla a ningún tratamiento, cirugía o intervención sin que ella, en persona, sea la que lo consienta; lo que se denominó emancipación médica y de la cual se derivó que Ana ya no estaba sometida al consentimiento sustituto en el área médica. (Cassavetes, 2009)

Durante el desarrollo de la película antes detallada, se mencionan varios casos relacionados con la teoría del menor maduro, como por ejemplo el caso 'Paternidad planificada vs. Danforth'[36] y el caso 'Smith vs. Seibly'[37], así como también el ya explicado 'Caso Gillick'.

Respecto a la realidad ecuatoriana, como ya se ha mencionado, actualmente se encuentra vigente el Acuerdo Ministerial número 5316, relativo al modelo de aplicación del consentimiento informado, en el cual se reconoce el consentimiento sustituto, sin prever qué sucede en caso de que exista una negativa por parte del niño, niña o adolescente, ya que, aun

[35] Esta película narra la historia de una niña de once años llamada Anna, quien demanda a su madre por los derechos de su cuerpo, argumentando que ya no quería seguir donando sus órganos a su hermana mayor, quien padecía de cáncer. (Cassavetes, 2009)

[36] En el caso denominado en inglés 'Planned Parenthood of Central Missouri vs. Danforth' (1976), el Tribunal Supremo de Estados Unidos falló que una persona menor de edad, aunque necesita el consentimiento de sus representantes legales para que se le practique cualquier cirugía menor o para un tratamiento médico, no lo necesita para practicarse un aborto. (Planned Parenthood (Paternidad Planificada), s.f.)

[37] Considerado uno de los más importantes precedentes judiciales para la construcción de la *minor mature doctrine*. En el caso Smith vs. Seibly (1969) se reconoció la capacidad de una persona de dieciocho años (aún menor de edad a la luz de la legislación estadounidense, donde la mayoría de edad se obtiene a los 21 años) para otorgar su consentimiento por escrito para ser sometido a una intervención quirúrgica en las mismas condiciones que un adulto. El Juez llegó a ese veredicto después de analizar individualmente la situación del joven, quien a ese momento estaba casado, libre de autoridad parental y tenía capacidad financiera propia, de lo que concluyó que es un menor de edad maduro, ya que tiene la suficiente inteligencia, educación y conocimiento para tomar decisiones legales. (Rivera Ayala, 2013)

cuando estos tienen derecho a ser consultados y en nuestro ordenamiento jurídico ya hay vestigios de la teoría del menor maduro, las disposiciones de dicho Acuerdo Ministerial responden al artículo 1463 del Código Civil ecuatoriano, en el cual se establece que los niños y niñas serán absolutamente incapaces, mientras que los adolescentes serán incapaces relativos. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Es por ello que en la actualidad la Asamblea Nacional ecuatoriana se encuentra tramitando un Proyecto de Código Orgánico de la Salud, en cuyo artículo 18, numerales 2 y 3 de su Informe favorable para primer debate, se reconoce a las y los adolescentes el derecho a recibir asesoría e información adecuada a su edad, que fomente su autonomía y promueva el auto cuidado de su salud, así como también el derecho a dar su asentimiento informado de forma verbal o escrita a partir de los doce años, en cuanto a las decisiones médicas que los afectan, de forma adicional al consentimiento libre e informado de sus padres, madres o tutores legales. (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

Esto tendrá incidencia en el ámbito jurídico debido a que, aun cuando el Proyecto de Código de la Salud recoja en mayor medida la doctrina del menor maduro, los niños, niñas y adolescentes se encuentran todavía incapacitados jurídicamente para celebrar ciertos actos jurídicos; por cuanto, en el campo de la medicina, el médico tendrá que valorar que estas personas sean acreedoras de un juicio racional suficiente, capacidad de comprensión y que pueda sopesar la información suministrada, para, de esa manera, obtener su consentimiento informado para legitimar la actividad médica, con el fin de no desconocer sus garantías personalísimas. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 168)

En este sentido, dicha disposición guardaría concordancia con lo que sostienen en su obra los abogados Vladimir Monsalve y Daniela Navarro, quienes afirman que los individuos que oscilan entre los 12 y 18 años (adolescentes) ya han desarrollado, en el común de los casos, un raciocinio y una capacidad para elegir, lo cual les permite valorar la información y emitir su asentimiento o rechazo con respecto a un tratamiento prescrito por el médico. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 169)

Pero, aun cuando se reconocería a los adolescentes el derecho a dar su asentimiento informado a partir de los doce años, dentro del artículo 10 del Informe favorable para primer debate del Código Orgánico de la Salud antes mencionado, se mantiene lo que en la actualidad se encuentra vigente a través del Acuerdo Ministerial 5316, ya que se establece que en el caso

de personas menores de edad, el consentimiento informado deberá ser otorgado por sus padres, representantes legales o tutores; y, en caso de disputa entre los padres respecto de una intervención clínica, o no exista persona capaz para emitir el consentimiento informado, será el profesional de la salud, en base a la valoración médica, quien actuará en consideración al interés superior y beneficio del paciente. (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

Esto se debe a que, como se ha visto a lo largo del presente trabajo investigativo, el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria sería esencial para que se garanticen los derechos del paciente a la vida e integridad física, por cuanto las disposiciones recogidas en nuestro ordenamiento jurídico y contenidas en el Informe favorable para primer debate del Código Orgánico de la Salud, tendrían su razón de ser, como ya se ha mencionado, en el principio del interés superior del niño, niña o adolescente.

Es por ello que se debe considerar que las disposiciones antes citadas no tienen como objetivo el vulnerar los derechos de los pacientes menores de 18 años, ya que, al contrario, el sujeto principal es el mismo paciente, y es por ello que, después de considerar su capacidad, este deberá ser informado para que preste su asentimiento o rehúse una intervención, lo cual, adicionalmente, deberá ser complementado con la convalidación de sus representantes legales. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 169)

A esta postura se suma el argumento utilizado por la Corte Constitucional colombiana en la sentencia número T-474 de 1996, en la cual se reconoce lo siguiente:

> Si bien el menor adulto goza de una capacidad relativa, ésta no es suficiente para optar por una alternativa que pone en serio peligro su vida, pues aún no puede presumirse que ella sea el producto de su propia y autónoma reflexión, guiada únicamente por su razón y entendimiento, motivo por el cual las decisiones que tengan que ver con su salud, que comprometan su vida, deben ser compartidas con sus padres o representantes quienes tienen el derecho y el deber de participar en ellas. (Indefensión entre predicadores y fieles, 1996)

Es así que, tomando la postura de la Corte Constitucional colombiana, se deberá considerar que la persona menor de edad tiene, en efecto, el derecho de auto determinarse y hacer que terceros acaten y respeten sus decisiones, pero siempre y cuando con ellas no afecte su propia salud física y moral. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 171)

En contraposición, existen corrientes doctrinarias que defienden la postura de que, en el caso de que la persona menor de edad, gozando de capacidad de comprensión y discernimiento, se niegue a recibir tratamiento, deberá prevalecer la voluntad de la persona menor de edad, ya

que se está ante un acto que afecta sus propios derechos de la personalidad. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 170)

Acorde a esta postura, los abogados Vladimir Monsalve y Daniela Navarro mencionan que, aun cuando la decisión de los padres podría favorecer a la vida del niño, niña o adolescente que se niega a recibir tratamiento, no se debería desconocer la voluntad de la persona menor de edad (siempre y cuando se le haya informado de todas las consecuencias de su decisión y se haya encontrado en pleno uso de sus facultades cognitivas para emitir un juicio de valor). (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 171)

Es por ello que el médico tendrá un papel fundamental en el proceso del consentimiento informado, ya que este será el que determine la existencia o no de capacidad de la persona menor de edad para consentir, con el propósito de protegerla, y, en caso de duda, buscar la colaboración de colegas o de profesionales en psicología, psiquiatría o trabajadores sociales para determinar el grado de madurez y comprensión de dicho paciente. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 172)

Es importante determinar que, dentro de esta postura doctrinaria, podrían darse dos posibilidades: que el menor de edad goce de la capacidad necesaria para rechazar su participación en un tratamiento, o que este sea catalogado como incompetente para rechazar el tratamiento que es vital para su salud. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 172)

Bajo esta misma línea, la Corte Constitucional colombiana, en su sentencia número T-560A de 2007, hace las siguientes consideraciones: *"En efecto, una persona puede no ser legalmente capaz, pero sin embargo ser suficientemente autónoma para tomar una opción médica en relación con su salud"* (Consentimiento informado del paciente, 2007)

Sin embargo, dentro de esta postura podrían presentarse conflictos de intereses entre la persona menor de edad, de cuya madurez no se tenga certeza absoluta, y los de sus representantes legales; y, no pudiendo el equipo sanitario dirimirlos, se necesitaría la intervención de los Jueces de Familia, Niñez y Adolescencia, la cual deberá ser excepcional, siempre y cuando la situación no sea de urgencia y no esté en peligro la vida del paciente. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 174)

En todo caso y como ya se ha mencionado dentro del presente apartado, dentro del ordenamiento jurídico ecuatoriano se reconoce la figura del consentimiento sustituto, mediante

el cual los padres podrán tomar ciertas decisiones en relación con el tratamiento médico de sus hijos menores de edad, incluso, a veces, contra la voluntad aparente de estos; sin embargo, los padres no podrán tomar, a nombre de sus hijos menores de edad, cualquier decisión médica relativa a estos, ya que el niño, niña o adolescente no constituye propiedad de sus padres, sino que ya son una libertad y autonomía en desarrollo, que tiene entonces protección constitucional. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 175)

Para finalizar este apartado, es indispensable mencionar que, debido a la complejidad de los intereses en conflicto, no es viable establecer pautas generales aplicables a todos los casos, por lo que cada causa fáctica deberá ser valorada de forma independiente, ponderando los derechos en conflicto y buscando el mayor beneficio para el niño, niña o adolescente. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 175)

Debido a la valoración que se debe hacer en cada caso concreto, la Corte Constitucional colombiana, en su fallo número T-1025 de noviembre de 2002, estableció criterios que deben observarse en todos los casos en que participe un paciente menor de edad, para saber hasta qué punto sus padres o representantes legales pueden ejercer un consentimiento sustituto a su favor, los cuales son: **(i)** La urgencia del tratamiento; **(ii)** Impacto y/o riesgo del mismo sobre la autonomía actual y futura del niño; y **(iii)** La edad y/o madurez del menor. (Consentimiento sustituto en tratamiento médico del niño o incapaz, 2002)

A partir de ello, en situaciones en las que el paciente sea un menor de edad que no ha alcanzado la madurez psicológica, como el caso de los infantes, no se requeriría que este apruebe el procedimiento médico, siempre y cuando sea de carácter ordinario y de evidentes beneficios para su salud integral, por lo que son los representantes legales del menor los llamados a consentir por él y en su beneficio. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 176)

De ello se desprende que la teoría del menor maduro no puede ser aplicada a todo niño, niña o adolescente, ya que no todos se encuentran en la posibilidad de decidir sobre cuestiones tan trascendentales que afecten su salud o desarrollo vital. (Bartolomé Tutor, 2015, pág. 201)

A partir de esto, es necesario identificar que, en el supuesto de que un paciente menor de edad y con evidente incapacidad para decidir respecto a su tratamiento, se encuentre en la situación en que sus padres o representantes legales son quienes no autorizan el tratamiento que protegería su vida o salud integral, se deberán preservar los derechos fundamentales del menor

de edad, sin consideración de la opinión de los padres. (Monsalve Caballero & Navarro Reyes, 2014, pág. 182)

En conclusión, nuestro ordenamiento jurídico, a través de la figura del consentimiento sustituto, pretende garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes, quienes tendrán el derecho a ser informados respecto al tratamiento que va a ser aplicado, pero que, debido a todas las implicaciones que tienen los trastornos de la conducta alimentaria, podrían ser considerados como incompetentes en caso de que se nieguen a someterse a tratamiento, por cuanto serán los representantes legales y el médico tratante quienes, a partir del mejor interés de la persona menor de edad, tendrán que decidir qué sería más favorable para la vida, salud e integridad física de la persona enferma.

Ahora bien, una vez tratado lo relativo al consentimiento informado de niños, niñas y adolescentes, es menester mencionar que en el Tercer Capítulo del presente trabajo investigativo, se hará alusión al consentimiento informado de personas con discapacidad intelectual o con deficiencia o condición intelectual discapacitante; sin embargo, a continuación se comentará respecto de las políticas públicas referentes a la prevención de anorexia y bulimia, la obligación del Estado ecuatoriano de emitirlas y hacer mención de políticas públicas instauradas en otros países, para, a partir de ellas, analizar su cabida dentro de nuestra realidad ecuatoriana.

2. Políticas públicas referentes a la prevención de anorexia y bulimia: Obligación estatal contemplada en el Proyecto de Código Orgánico de Salud en contraste con la Ley Orgánica de Salud

Dentro del texto denominado "Hacia una nueva definición del concepto "política pública"", el doctor Raúl Velásquez Gavilanes crea su propia definición de políticas públicas, la cual se detalla a continuación:

> Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener. (Velásquez, 2009)

Bajo esta perspectiva, debemos identificar que el artículo 363 de la Constitución de la República del Ecuador, dispone, en su parte pertinente, lo siguiente: "**Art. 363. -** El Estado será responsable de: **1.** Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud (…)" (Registro Oficial 449, 2015)

Es así que, a partir de dicho artículo, se entiende que la responsabilidad del Estado ecuatoriano de emitir políticas públicas, comprende cinco aristas que deben abarcar:

a. **Promoción de salud:** Según la Organización Mundial de la Salud (1986), la promoción de la salud consiste en proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para, de esa manera, alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, 2003, pág. 26)
b. **Prevención de salud:** Según la Organización Mundial de la Salud (1998), la prevención de salud consiste en las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, 2003, pág. 45)
c. **Curación:** Es el proceso de restablecimiento de salud, mediante el cual se hace que una lesión, dolencia, herida o enfermedad remita o desaparezca. (Real Academia Española, s.f.)
d. **Rehabilitación:** Conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad. (Real Academia Española, s.f.)
e. **Atención integral de salud:** Es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos empleados para responder a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidad. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013, pág. 11)

A partir de la comprensión de lo que conlleva cada uno de estos lineamientos de políticas públicas contempladas como obligación estatal dentro de la Constitución de la República del Ecuador, para efectos del presente apartado, nos enfocaremos principalmente en la obligación estatal de emitir políticas públicas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, tales como anorexia y bulimia nerviosas.

Es necesario identificar que dentro del Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021, se reconoce que las principales causas de mortalidad están relacionadas con enfermedades crónicas e infecciosas, a las que se suman enfermedades derivadas de la desnutrición y el sobrepeso, los cuales tienen una relación directa con el estilo de vida, acceso a alimentos y patrones de consumo, por cuanto resulta imprescindible enfocar los esfuerzos estatales a las

enfermedades que pueden ser prevenidas, promoviendo en la ciudadanía la adopción de hábitos de consumo saludable y actividad física. (Registro Oficial Suplemento 71, 2017)

Como consecuencia de la disposición constitucional antes mencionada y en relación al objetivo plasmado dentro del Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021, en la Ley Orgánica de Salud se recoge como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública la siguiente:

> **Art. 6.-** Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (…) **19.** Dictar en coordinación con otros organismos competentes, las políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo la prevención de trastornos causados por deficiencia de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios, con enfoque de ciclo de vida y vigilar el cumplimiento de las mismas; (…) (Registro Oficial Suplemento 423, 2006)

Respecto a esta obligación estatal concentrada en el Ministerio de Salud Pública, el Movimiento por la Salud del Ecuador realizó una propuesta para la Política Nacional de Salud, en la que incluyó dos apartados concernientes a los trastornos de la conducta alimentaria, sugiriendo que las políticas públicas deben incluir elementos innovadores que respondan a los cambios en patrones alimentarios, así como también se debe elaborar e implementar estrategias en respuesta a los trastornos alimentario-nutricionales, a través de acciones intersectoriales y estrategias sostenibles e integrales de largo plazo complementando las acciones sanitarias con las de carácter social y económico. (El Comercio, 2017)

Ahora bien, en la actualidad la Asamblea Nacional del Ecuador se encuentra tramitando el Proyecto de Código Orgánico de Salud, el cual, en fecha 14 de marzo de 2017, fue remitido por la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud con Informe favorable para Primer Debate. (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

Es importante identificar que, dentro de dicho Proyecto de Ley, específicamente en su Disposición Derogatoria Quinta, numeral 2, se dispone expresamente que una vez que este entre en vigencia, la Ley Orgánica de Salud, publicada en el R.O. Suplemento 423 de 22 de diciembre del 2006, sería derogada. (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

Una vez especificado este aspecto, cabe recalcar que, una vez analizado el Proyecto de Código Orgánico de Salud, salta a la vista que la disposición antes citada que se encuentra contenida en la Ley Orgánica de Salud y que reconoce expresamente como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública el dictar políticas públicas de prevención de alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios, ha sido eliminada en el Proyecto de Código Orgánico

de Salud, por lo que, en caso de que este entre en vigencia, ya no se reconoce expresamente dicha responsabilidad.

Sin embargo, existen un conjunto de normas contenidas en dicho Proyecto de Ley que reivindicarían la obligación estatal de emitir política pública de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, entre las cuales se encuentra:

> **Artículo 112.- La prevención en el Sistema Nacional de Salud. -** Será prioridad esencial y obligación de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud generar e implementar acciones y estrategias, por ciclo de vida, dirigidas a intervenir sobre los determinantes de la salud y los factores de riesgo para evitar o reducir el avance de enfermedades, deficiencias, lesiones y problemas de salud pública, con énfasis en aquellos grupos expuestos a riesgos específicos. (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

Además, debemos indicar qué es lo que conlleva el Sistema Nacional de Salud para efectos de dicho Proyecto de Ley, en cuyo artículo 30 indica lo siguiente:

> **Artículo 30.- Sistema Nacional de Salud. -** El Sistema Nacional de Salud es el conjunto articulado de instituciones, políticas, programas, acciones, recursos y actores en salud. Abarca todas las dimensiones del derecho a la salud; garantiza la promoción, prevención, recuperación, cuidados paliativos y rehabilitación en todos los niveles; y propicia la participación ciudadana y control social. (…)(Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

Es importante mencionar que, al igual que en la Ley Orgánica de Salud, el Proyecto de Código ibídem contempla como una de las atribuciones del Ministerio de Salud Pública[38], como Autoridad Sanitaria Nacional, a la siguiente:

> **Artículo 34.- Atribuciones. -** La Autoridad Sanitaria Nacional tendrá las siguientes competencias: (…) **11)** Formular, coordinar, ejecutar y evaluar el cumplimiento de la política nacional de salud, y ejercer el control sanitario y la vigilancia de la salud pública para prevenir, detectar, disminuir o eliminar riesgos para la salud, de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional. **12)** Dictar en coordinación con otros organismos competentes, las políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional. (…) (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

Esta disposición deberá, para efectos del presente apartado, ser leída en conjunto con el artículo 31 del dicho Proyecto de Ley, en cuya parte pertinente establece: "El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos: (…) **2)** Proteger integralmente la salud de las personas, familias y comunidades. **3)** Promover entornos, prácticas y condiciones de vida saludables." (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

[38] Acorde al artículo 32 del Proyecto de Código Orgánico de Salud, la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio Sectorial encargado de la salud pública, por cuanto sería el Ministerio de Salud Pública. (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

En concordancia con estos artículos, en el Proyecto de Código Orgánico de Salud se reconoce al Ministerio de Salud Pública como el ente competente de desarrollar políticas públicas para la promoción de la alimentación saludable, en los siguientes términos:

> **Artículo 79.- Fomento y promoción de la alimentación saludable a lo largo del ciclo de vida y seguridad nutricional.-** La Autoridad Sanitaria Nacional, en coordinación con otras entidades competentes, desarrollará políticas, programas y acciones para fomentar y promover la alimentación saludable a lo largo del ciclo de vida, determinando las necesidades nutricionales, el valor nutricional de los alimentos, su calidad, suficiencia y pertinencia cultural e inocuidad y las características nutricionales que deben reunir los programas de alimentación para colectivos; y, la seguridad nutricional que promuevan la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos sanos, nutritivos, diversos y culturalmente apropiados. (…)(Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

A partir de la lectura de los artículos antes citados del Proyecto de Código Orgánico de Salud, se colige que, al ser el Ministerio de Salud Pública el ente rector del Sistema Nacional de Salud, este va a ser el responsable de generar e implementar las políticas públicas dirigidas a prevenir enfermedades y a fomentar y promover la alimentación saludable.

Ahora bien, acorde a la misma normativa, las políticas públicas de prevención deben abarcar todas las dimensiones del derecho a la salud[39], entre las cuales se identifica a la salud como producto de determinantes sociales y culturales, que, como se vio en apartados anteriores, podrían influir negativamente en las personas que presentan factores de riesgo para padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Asimismo, del análisis de la regulación contenida en el Proyecto de Código ibídem, se infiere que, dentro de la competencia que tiene el Ministerio de Salud Pública de dictar políticas públicas de prevención, estas también deberán direccionarse a garantizar la seguridad alimenticia y nutricional[40], la cual, además de implicar los elementos definidos por la Organización de las Naciones Unidas, también conlleva las responsabilidades de los consumidores, quienes, en calidad de último eslabón de la cadena alimentaria, son responsables de la selección del producto. (Agencia Española de Seguridad Alimentaria, 2003)

[39] El Proyecto de Código Orgánico de Salud, en su artículo 3, contempla dentro de la definición de derecho a la salud, lo siguiente: "Su ejercicio se darán en una doble dimensión: como producto de los determinantes biológicos, sociales, políticos, culturales y ambientales; y como productor de condiciones que permiten el desarrollo a nivel individual y colectivo" (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

[40] La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación establece lo siguiente: "Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana." (Agencia Española de Seguridad Alimentaria, 2003)

Sin embargo, tal como se menciona en el artículo 31 del Proyecto de Código Orgánico de Salud, es el Estado el que debe propender a que, a través de las políticas públicas que emita, se instauren y promuevan entornos, prácticas y condiciones de vida saludables; lo que inevitablemente incluye a los hábitos alimentarios, los cuales, como se ha visto a lo largo del presente trabajo investigativo, tienen una relación directa con la salud física y mental de las personas.

Por tanto, aun cuando entrase en vigencia el Código Orgánico de Salud y, por tanto, se derogue la disposición de la Ley Orgánica de Salud en la que se reconoce expresamente la obligación estatal de emitir política pública preventiva respecto de los TCA, esta seguiría siendo una responsabilidad del Ministerio de Salud Pública.

Una vez identificada la normativa referente a la obligación del Estado de emitir políticas públicas de prevención para la anorexia o bulimia nerviosas, en el siguiente apartado se hará alusión a las políticas públicas que han sido desarrolladas en Ecuador.

2.1. Políticas públicas de prevención de anorexia y bulimia adoptadas en Ecuador

Como ya se estableció anteriormente, dentro de la Ley Orgánica de salud (Artículo 6, numeral 19) se prevé como responsabilidad y, por tanto, obligación del Ministerio de Salud Pública, la emisión de políticas y normas para garantizar la prevención de alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios. (Registro Oficial Suplemento 423, 2006)

Obligación que, acorde a lo ya analizado, seguiría vigente aun con la entrada en vigencia del Proyecto de Código Orgánico de Salud, en el que se ha eliminado la mención expresa que hacía la Ley Orgánica de Salud a los desórdenes alimentarios, pero que, sin embargo, seguiría constando como una responsabilidad del Ministerio de Salud. (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

Ahora bien, debido a la importancia que tienen los medios de comunicación masivos en la internalización del ideal y estereotipo de belleza en personas que, debido a su falta de discernimiento y los distintos factores predisponentes que presentan, comienzan a presentar hábitos y comportamientos anómalos en su alimentación, la Ley Orgánica de Comunicación, en su artículo 74, numeral 3, señala lo siguiente:

> Art. 74.- Obligaciones de los medios audiovisuales. – Los medios de comunicación audiovisuales de señal abierta tendrán la obligación de prestar gratuitamente los siguientes servicios sociales de información de interés general: (…) 3. Destinar una hora diaria, no acumulable, para programas oficiales de tele-

> educación, cultura, salubridad y derechos elaborados por los Ministerios o Secretarías con competencia en estas materias. (Registro Oficial Suplemento 22, 2013)

Para efectos de políticas públicas referentes a la prevención de anorexia y bulimia nerviosas, este artículo debe ser leído en conjunto con el artículo 12 de la Ley Orgánica de Salud, el cual prevé lo siguiente:

> Art. 12. – La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimular conductas nocivas, fomentar la igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud.
>
> Los medios de comunicación social, en cumplimiento de lo previsto en la ley, asignarán espacios permanentes, sin costo para el Estado, para la difusión de programas y mensajes educativos e informativos en salud dirigidos a la población, de acuerdo a las producciones que obligatoriamente, para este efecto, elaborará y entregará trimestralmente la autoridad sanitaria nacional.
>
> La autoridad sanitaria nacional regulará y controlará la difusión de programas o mensajes, para evitar que sus contenidos resulten nocivos para la salud física y psicológica de las personas, en especial de niños, niñas y adolescentes. (Registro Oficial Suplemento 423, 2006)

Bajo el mismo lineamiento, la Ley ibídem, en su artículo 13, prevé lo siguiente:

> Art. 13. – Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general. (Registro Oficial Suplemento 423, 2006)

Por otro lado, en el caso de que el Proyecto de Código de la Salud entrase en vigencia, aplicaría la siguiente disposición al respecto:

> **Artículo 78.- Información sobre salud pública en medios de comunicación. -** La información sobre salud pública vertida en los medios de comunicación deberá ser consistente con el conocimiento científico y no deberá promover intervenciones sanitarias innecesarias que puedan atentar contra la salud o impulsen acciones o productos no saludables. La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá recomendaciones que mejoren el conocimiento sobre la salud de la población en situaciones de riesgo, de alerta o emergencia sanitarias declaradas.
>
> Los medios de comunicación asignarán espacios permanentes para la difusión de programas y mensajes educativos e informativos en salud dirigidos a la población, conforme lo dispuesto en la Ley de la materia; del mismo modo, sin perjuicio de lo dispuesto en dicha ley, se prohíbe forma de publicidad o promoción que atente contra la salud e induzca comportamientos discriminatorios o promueva la violencia. (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

Esta disposición hace alusión a que la información en medios de comunicación que trate sobre salud pública, debe ser consistente con el conocimiento científico y no impulsar a acciones no saludables. Además, conserva lo relativo a los espacios permanentes para la difusión de programas y mensajes educativos que sean informativos en salud, eliminando que estos espacios sean gratuitos. Finalmente, se debe notar que en dicho Proyecto de Ley se está prohibiendo toda forma de publicidad o promoción que atente contra la salud.

A partir de estas disposiciones legales, debemos recordar que una parte esencial de la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria es la educación y el impartir información médicamente comprobada respecto de los mismos, razón por la cual el Ministerio de Educación, en cumplimiento con la norma de la Ley Orgánica de Comunicación antes invocada, creó en el año 2012 un proyecto denominado TeleEducación, mediante el cual generó una franja de televisión educativa denominada EDUCA-TELEVISIÓN PARA APRENDER, la cual, en la actualidad, es transmitida todos los días en todos los canales del país (con su propio canal en Quito y Guayaquil) y tiene una programación que combina contenidos educativos con formatos dramatizados, comedias, ficciones y documentales. (Ministerio de Educación, 2014)

Además, también existe Educa Radio, la cual está en más de 1090 estaciones del país, por media hora diaria, en diferentes horarios. (Ministerio de Educación, 2016)

Es necesario especificar que EDUCA ha integrado en su programación las producciones que realizan otras instituciones públicas, tales como el Ministerio de Salud y el Ministerio de Inclusión Económica y Social. (Ministerio de Educación, 2014)

En cuanto a la constancia de transmisión y monitoreo de publicidad, esta se hace a través de la empresa INFOMEDIA, la cual hace un monitoreo diario del número al aire de spots de EDUCA, en los canales nacionales de señal abierta. (Ministerio de Educación, 2014)

Posteriormente, en cuanto a la programación de EDUCA, entre las producciones realizadas por el Ministerio de Salud, destaca el programa Mi Ecuador Querido, en cuyo capítulo 4 trata respecto a la nutrición en niñez y adolescencia, analizando el número de veces que una persona debe alimentarse al día y la calidad que deben tener estos alimentos. (Ministerio de Educación, 2013)

Por otro lado, en EDUCA se transmiten otros programas que han tratado el tema de la nutrición y los trastornos de la conducta alimentaria, entre los cuales destacan las producciones 'TVeo en Clase'[41], 'Rebeldes', 'Pilas con el chat 10mo' y 'Mi salud TV'[42]. (Ministerio de Educación, 2014)

[41] Este es un programa que pretende enseñar, a través de ejemplos de la vida cotidiana, acerca de temáticas que afectan a los jóvenes; el cual, en su capítulo 9 denominado "Cuida tu alimentación", se presenta la situación de un joven para explicar la fisiología de los órganos intervinientes en la digestión y la función de cada uno, además de hacer alusión a la responsabilidad de cuidar nuestro cuerpo. (Ministerio de Educación, 2012)

[42] Es un programa que presenta en cada capítulo a un especialista, quien explica de forma sencilla los complejos problemas médicos y en cuyo capítulo 5 un especialista informa respecto de cómo preparar una lonchera

Es así que, para efectos del presente apartado, es menester detallar a dos de dichas producciones: ‘Rebeldes’ y ‘Pilas con el chat 10mo’.

En primer lugar, ‘Rebeldes’, en su capítulo 15, trata la temática de los desórdenes alimentarios, utilizando el testimonio de varias adolescentes, quienes comentan sus problemas de salud y recuperación, añadiendo, además, el testimonio y recomendaciones de un padre de una adolescente anoréxica y de especialistas, quienes analizan los factores de riesgo (haciendo énfasis en la baja autoestima) y expresando su preocupación por ciertos sitios web que promueven la anorexia, así como las consecuencias de dichos trastornos. (Ministerio de Educación, 2013)

En este mismo programa, en su capítulo 20, se trata respecto a la depresión, trastorno generalmente comórbido con los trastornos de la conducta alimentaria. Es así que este capítulo se desarrolla a partir de la experiencia de varios jóvenes con la depresión y cómo la han enfrentado con la ayuda de su familia y profesionales especializados, añadiendo, además, explicaciones de estos profesionales respecto a las características de los jóvenes que suelen padecer estos trastornos, entre los que destaca la disconformidad con su cuerpo y su persona. (Ministerio de Educación, 2013)

Por otro lado, la producción ‘Pilas con el chat 10mo’ es desarrollada como un punto de encuentro de un grupo de jóvenes de distintos lugares del Ecuador, quienes conversan de distintas temáticas y satisfacen su curiosidad, dando solución a distintas interrogantes, en cuyo Capítulo 5, a partir de videos y la entrevista a una experta, trata respecto a las disfunciones alimentarias (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad). (Ministerio de Educación, 2013)

A partir de estos programas es evidente que lo que se pretende es fomentar la autoestima de niños, niñas y adolescentes, además de incentivar la salud mental de las personas que presentan factores de riesgo precipitantes y desencadenantes de TCA, a través de la difusión de información fiable mediante espacios obligatorios en todos los canales de radio y televisión.

Esto responde a la obligación estatal contemplada en la ley de desarrollar políticas públicas de difundir información respecto a la anorexia y bulimia nerviosas con la finalidad de propagar estilos de vida saludables y desestimar conductas nocivas para la propia salud de la persona, obligación que recae principalmente en el Ministerio de Salud Pública y, en este caso,

saludable, indicando, además, los trastornos que pueden presentar los niños que no se alimentan de manera correcta. (Ministerio de Educación, 2012)

está siendo ejecutada dentro de un programa ejecutado por el Ministerio de Salud; así como también al objetivo planteado en el Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021, relativo a los TCA, mencionado anteriormente.

Ahora bien, recordemos que tanto en el artículo 12 de la Ley Orgánica de Salud como en el artículo 78 del Proyecto de Código de la Salud se prevé que la autoridad sanitaria nacional debe regular y controlar la difusión de mensajes para evitar que sus contenidos resulten nocivos para la salud física y psicológica de las personas, en especial de los niños, niñas y adolescentes, ya que la información sobre salud pública que sea vertida en los medios de comunicación deberá ser consistente con el conocimiento científico, con la prohibición de impulsar acciones o productos no saludables.

En este contexto surge la siguiente pregunta: ¿al ser el internet un medio de comunicación masivo, la prohibición de la que habla este artículo alcanzaría a los portales web Pro-Ana y Pro-Mia? ¿Cómo se hará efectiva esa prohibición para los portales web Pro-Ana y Pro-Mia, si no existe una reglamentación o forma coercitiva que la respalde? Son preguntas que el legislador y las autoridades tendrían que solventar en el camino, ya que ni dentro del Proyecto de Código Orgánico de Salud, así como tampoco en la actualmente vigente Ley Orgánica de Salud, se absuelven estas preguntas.

Finalmente, es importante identificar que el Ecuador ha carecido de políticas públicas direccionadas específicamente como programas preventivos de la anorexia y bulimia, ya que la última política pública orientada a la prevención de anorexia data del año 2008. (El Universo, 2008)

Dicha campaña fue denominada “A comer sano, a vivir bien y a moverse Ecuador” y fue desarrollada por el Ministerio de Salud y empresas privadas vinculadas al campo de la nutrición; además, tuvo el objetivo de luchar contra la obesidad y la anorexia, promoviendo la alimentación sana en todo el país. (El Universo, 2008)

Asimismo, esta fue diseñada para promover actividades físicas y charlas en planteles educativos del país, además de exhibir carteles con la imagen de una modelo brasileña que falleció debido a la anorexia, junto a la fotografía de un niño obeso de 10 años; propuesta que se previó en un inicio que durara cinco años (es decir hasta el año 2013), en los que se informaría a la comunidad sobre la importancia de una alimentación balanceada combinada con actividad física diaria (El Universo, 2008)

Sin embargo, desde el año 2008 y hasta la actualidad, no se ha llevado a cabo una concientización seria a la población ecuatoriana respecto a estos TCA, identificando esta campaña como el último intento fallido de política pública de prevención de anorexia realizado por el Ministerio de Salud Pública, considerando, además, que no ha habido políticas públicas orientadas a la prevención de la bulimia en el Ecuador.

Toda vez que ya ha sido analizada la obligación estatal y las políticas públicas desarrolladas en Ecuador respecto a los TCA, es momento de plantear las políticas públicas implantadas en otros países, por cuanto en el siguiente apartado nos enfocaremos en Chile, Argentina y España.

2.2. Políticas públicas de prevención de anorexia y bulimia adoptadas en otros países: Chile, Argentina y España

A continuación, se hará referencia a políticas públicas adoptadas en Chile, Argentina[43] y España, países que, además de compartir su tradición romanista con el Ecuador, se caracterizan por tener altos índices de anorexia y bulimia nerviosas y, por tanto, han desarrollado políticas públicas para la prevención de estos trastornos de la conducta alimentaria.

2.2.1. CHILE

A. PRIMERA POLÍTICA: Incorporación en GES y el Ministerio de Salud realice un estudio sobre prevalencia.

El 19 de enero del 2016 se ingresó en el Senado de la República de Chile un Proyecto de Acuerdo, mediante el cual solicitaron a la ex presidenta de la República de Chile, Michelle Bachelet, que considere la incorporación del tratamiento de los trastornos alimenticios en el Plan de Garantías Explícitas (GES)[44] y que el Ministerio de Salud realice un estudio de las personas que lo padecen. (Senado de la República de Chile, 2016)

Dicho Proyecto fue admitido a trámite el día 20 de enero del 2016. (Senado de la República de Chile, 2016)

[43] Argentina ha sido identificada como el segundo país con más casos de anorexia nerviosa, después de Japón. (La Gaceta, 2009)

[44] Las Garantías Explícitas de Salud (GES) son garantías relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad que deben ser otorgadas a las prestaciones de un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. (Superintendencia de Salud de Chile, 2016)

En primer lugar, es importante identificar que el Plan de GES tiene por objeto garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), por lo que, el incorporar el tratamiento de los TCA en dicho plan implica que estos trastornos formarían parte de las enfermedades cubiertas por el mismo y que deben ser prestadas tanto por el FONASA como por las ISAPRES, con su red cerrada de prestadores para enfermedades GES. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, s.f.)

Dentro de la exposición de motivos de dicho Proyecto se considera que los trastornos alimenticios se han transformado en una de las principales enfermedades que aquejan a la población juvenil chilena, ya que acorde a cifras del Colegio Médico, en el año 2011, 500.000 jóvenes entre 14 y 30 años de edad sufrían anorexia o/y bulimia, con un 20% de mortalidad. (Senado de la República de Chile, 2016)

Por otro lado, los trastornos de la conducta alimentaria constituyen enfermedades que absorben y consumen al grupo familiar por completo, por cuanto se estima que aproximadamente 2.000.000 de personas son afectadas por estos trastornos. (Senado de la República de Chile, 2016)

Además, hacen hincapié en que no existen estudios estadísticos oficiales del Ministerio de Salud respecto a los TCA, ya que la última cifra entregada por la entidad data del año 2007, la cual hacía referencia a que, desde el 2005 al 2007, los TCA habían aumentado en un 97% y en un 115% en personas de 10 a 19 años. (Senado de la República de Chile, 2016)

Posteriormente, también hacen una consideración respecto a la cronicidad de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que, acorde a la Organización Mundial de la Salud, del total de pacientes que reciben tratamiento oportuno para combatir la anorexia, después de cinco años, el 12% se vuelve crónica, aumentando hasta el 15% en diez años; en ello radicaría su detección y tratamiento oportuno, ya que los estudios señalan que un 60% mejora si es tratada en los inicios de su trastorno. (Senado de la República de Chile, 2016)

Finalmente, dentro de dicha exposición de motivos también se toma en consideración que el tratamiento de estas enfermedades no es cubierto por ningún plan de salud, ni público ni privado, aun cuando el valor que conlleva estos trastornos (solo por el paciente afectado y estando estable) asciende a aproximadamente un millón de pesos mensuales, sin considerar medicamentos, exámenes y las terapias que se deben realizar a los miembros del núcleo

familiar; asimismo, cuando la persona afectada cae en una crisis, su internación puede llegar a costar quince millones de pesos, generando un desastre económico en el núcleo familiar. (Senado de la República de Chile, 2016)

Es por ello que el 28 de enero del 2016, dicho Proyecto de Acuerdo fue aprobado por la legislatura en Sesión 100ª, por cuanto, mediante Oficio No. 46/SEC/16, se comunicó a la Presidenta de la República de Chile que el Senado acordó poner a su consideración que se incorpore el tratamiento de los TCA en el Plan de Garantías Explícitas (GES) e instruir a la señora Ministra de Salud para que la Secretaría de Estado a su cargo realice un estudio estadístico que tenga como objetivo tener una real dimensión de los trastornos alimenticios en Chile, contando con cifras actualizadas de las personas que padecen estas enfermedades y de los núcleos familiares afectados de forma indirecta. (Senado de la República de Chile, 2016)

Es así que el día 28 de marzo del 2016, la Ministra de Salud remitió el Oficio No. 844 al presidente del Senado, manifestándole, en su parte pertinente, lo siguiente:

> Sobre el particular, comunico a Ud. Lo siguiente:
>
> 1. Efectivamente, el problema de los trastornos de la conducta alimentaria aparentemente ha ido en ascenso en nuestro país, no existiendo información actualizada.
>
>   La Encuesta Nacional de Salud 2016, no consideró incluir información al respecto. Sin perjuicio de lo anterior, es de nuestro interés realizar algún estudio, al menos en la región Metropolitana, que indique un valor preliminar de prevalencia y una línea de base para realizar seguimiento en el tiempo respecto de este problema de salud. A partir de los datos obtenidos, se podría plantear un estudio de nivel nacional y evaluar la incorporación de su tratamiento a algún programa financiado por el Estado.
>
> 2. Para desarrollar iniciativas como las señaladas, se requiere contar con presupuesto que las financie, lo cual se solicitará para el año 2017, además de sugerir el tema a grupos académicos y clínicos, de forma que sea objeto de algún proyecto FONIS[45] (concurso 2016). Ambas iniciativas serán trabajadas durante el presente año. (Ministerio de Salud, 2016)

Ahora bien, acorde a una entrevista realizada en el mes de septiembre de 2017 a Mónica Maureira, coordinadora de comunicaciones del Observatorio de Género y Equidad[46], se

[45] El FONIS es el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, el cual surge como una iniciativa conjunta del Ministerio de Salud (Minsal) y la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) con dos líneas de acción: Incentivar y desarrollar las capacidades de las personas para realizar investigación aplicada en salud, específica para la realidad chilena, y generar información que sirva como evidencia para la toma de decisiones en salud y que oriente políticas públicas. (Comisión Nacional de Investigación Científica, s.f.)

[46] El Observatorio de Género y Equidad (OGE) es una fundación que promueve el debate, seguimiento, evaluación y reflexión colectiva respecto a la situación de las mujeres chilenas y las políticas públicas dirigidas a la promoción, respeto y garantía de sus derechos. (Observatorio Género y Equidad, s.f.)

evidencia que en Chile siguen sin contar con cifras actualizadas sobre los trastornos de la conducta alimentaria, ya que, como se ha hecho alusión en párrafos anteriores, el último informe realizado por el Ministerio de Salud al respecto data del año 2007, lo que deriva que se desconozca la cifra al 2017. (Rehbein, 2017)

En conclusión, la política pública desarrollada en el presente apartado tiene su razón de ser en la necesidad de conocer sobre la incidencia de anorexia y bulimia nerviosas en la población chilena, pero si esta no está siendo aplicada en la realidad, esto repercute en que no se puedan implantar políticas públicas eficaces para combatir dichos TCA.

B. SEGUNDA POLÍTICA: Protocolo de manejo en red de los TCA y Hospital Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

En el año 2012 se aprobó el Protocolo de Manejo en Red del Trastorno de la Conducta Alimentaria, Anorexia y Bulimia, cuyo objetivo era aunar criterios de atención, referencia y contrarreferencia para pacientes diagnosticados con algún TCA, en los niveles de atención primario, secundario y terciario. (Servicio de Salud Metropolitana Norte, 2012)

En dicho Protocolo se reconocen como responsables de su ejecución a las siguientes entidades:

- **Nivel primario:** La detección de anorexia y bulimia estará a cargo del Equipo de Salud Integral de Atención Primaria de Salud (APS), quienes también deberán evaluar y tratar por nutricionista a pacientes del Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) (Servicio de Salud Metropolitana Norte, 2012)
- **Nivel secundario:** La confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento en casos leves y moderados estará a cargo del Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), por cuanto este atenderá solamente a la anorexia o bulimia no complicadas, ya que en los casos en que el paciente presente complicaciones, este deberá ser derivado al nivel terciario: Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. (Servicio de Salud Metropolitana Norte, 2012)

  Es importante mencionar que las personas que pueden atenderse en el COSAM son las personas beneficiarias de FONASA o PRAIS, que se encuentren inscritos en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Estaciones Médicas de Barrio (EMB) y/o que

sean derivadas desde otras instancias de la Red de Salud como hospitales y unidades de psiquiatría. (Ilustre Municipalidad de Santiago, 2016)

Para tal efecto, es necesario identificar que el FONASA constituye el Fondo Nacional de Salud, el cual es el organismo público que administra fondos estatales que están destinados a la salud en Chile, para, de esa manera, dar cobertura a sus beneficiarios y ser la alternativa pública al sistema privado de salud. (Instituto de Previsión Social de Chile, 2016)

Finalmente, el programa PRAIS es un programa del Ministerio de Salud de Chile que responde al compromiso asumido por el Estado con las víctimas de las violaciones a los derechos humanos, ocurridas entre septiembre de 1973 y marzo de 1990; el cual otorga a sus beneficiarios el derecho a la gratuidad de las prestaciones médicas que se otorgan en todos los Establecimientos de Salud de la Red Asistencial. (Ministerio de Salud de Chile, 2015)

- **Nivel terciario:** La confirmación diagnóstica e inicio del tratamiento en la Unidad de Trastornos Alimentarios, previa evaluación en Recepción Clínico Administrativa, estará a cargo del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Además, el Servicio de Urgencia de dicho Instituto Psiquiátrico estará a cargo de las evaluaciones de situaciones de riesgo. (Servicio de Salud Metropolitana Norte, 2012)

  Es así que, acorde al Protocolo antes mencionado, en este nivel se atenderá la anorexia y bulimia nerviosas complicadas, anorexia nerviosa atípica (aquellos casos en los que falta una de las características principales de la anorexia nerviosa) y la anorexia o bulimia que presenten comorbilidad con trastorno de la personalidad severo, trastorno afectivo severo o trastorno obsesivo compulsivo (TOC) severo. (Servicio de Salud Metropolitana Norte, 2012)

  Es importante identificar que dentro de la Unidad de Trastornos Alimenticios de dicho Instituto Psiquiátrico solo se podrán incluir los casos correspondientes al diagnóstico de anorexia o bulimia nerviosas en personas mayores de 16 años, además de que, debido a la complejidad de la patología, para dar inicio al tratamiento se requerirá la presencia y participación de al menos un padre de familia o pareja, ya que, caso contrario, el pronóstico puede ser negativo. (Servicio de Salud Metropolitana Norte, 2012)

Es así que, en primer lugar, debemos tomar en cuenta que esta red asistencial cubre al servicio de salud metropolitano norte de la Región Metropolitana de Santiago, por cuanto, como se evidencia de las instituciones parte del presente protocolo, este no es aplicado a nivel nacional, adicionando, además, ciertas condiciones que deben confluir para que el caso sea admitido dentro de dichas entidades.

Es por ello que Dennise Fuentes, fundadora de la Fundación Pesa tu vida, desde su propia experiencia, ya que sufre de anorexia desde los 12 años, critica el que el tratamiento de estas enfermedades no sea cubierto por ningún plan de salud, ni público ni privado, ya que se debe tener en cuenta que su costo (sólo por paciente afectado y estable) asciende a un millón de pesos mensuales (aproximadamente mil seiscientos dólares de los Estados Unidos), sin considerar medicamentos ni exámenes, cifra que aumenta según los miembros de la familia, quienes también deben realizar terapias individuales y familiares. (Fuentes, 2016)

Además, cuando el enfermo entra en crisis, internarlo puede llegar a costar aproximadamente quince millones de pesos (aproximadamente veinte y cuatro mil doscientos dólares de los Estados Unidos), generando un desastre económico en el núcleo familiar; a lo que se añade el que esta enfermedad tiene directa relación con la deserción escolar y, al manifestarse en edad adulta, puede incluso generar discriminación en el ámbito laboral, lo que repercute aún más en la escasa posibilidad de acceder a un tratamiento por su alto costo. (Fuentes, 2016)

Es por ello que, para efectos del presente trabajo investigativo, se ha solicitado información del costo del tratamiento al centro AIDA (Atención Interdisciplinaria para Desórdenes en Adolescentes, Adultos, Niños y Familia), ubicado en Santiago de Chile, en cuya respuesta especificaron solamente como precios en la etapa evaluativa los relativos al psiquiatra, psicólogo y nutricionista, sumando un total de ciento sesenta y cinco mil pesos (sin contar con la evaluación familiar y de pareja), lo que aproximadamente son doscientos setenta y cuatro dólares de los Estados Unidos. **(Anexo No. 3)**

Así, después de dicha evaluación, el grupo médico se reúne y crea un programa específico para cada caso, definiendo, además, el tiempo de tratamiento, ya que este dependerá de la situación particular de cada paciente.

Esto denota la necesidad de que este tema sea puesto a consideración de las autoridades chilenas para aplicar a nivel nacional algún programa similar al protocolo de manejo en red de

los TCA del que se habló en el presente apartado; con menores condiciones, ampliando el rango de edad y los tratamientos a familiares, así como también añadiendo cobertura para los medicamentos requeridos para el tratamiento, al menos, en algún porcentaje.

Toda vez que se ha hecho mención de dos de las políticas públicas instauradas en Chile, a continuación, se hará alusión a las políticas públicas planteadas en Argentina.

2.2.2. ARGENTINA

A. PRIMERA POLÍTICA: Ley 26.396 – Declaración de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios

En el año 2008 se emitió la Ley 26.396, en cuyo artículo 1 se consagra lo siguiente:

> ARTICULO 1º - Declárese de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación. (Congreso de la Nación Argentina, 2008)

Es así que en el artículo 3 de dicha ley se crea el Programa Nacional de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud, el cual tiene entre sus objetivos el instrumentar campañas informativas relativas a los trastornos alimentarios, disminuir la morbilidad[47] y mortalidad asociada con estas enfermedades, propender al desarrollo de actividades de investigación, promover en la comunidad espacios de reflexión y educación para contención de quienes padecen estos trastornos, y desarrollar actividades de difusión, televisivas, radiales y gráficas, dirigidas a la población en general y a grupos de riesgo en particular, a fin de concientizar sobre los riesgos en la salud que ocasionan las dietas sin control médico e instruir sobre hábitos alimentarios saludables y adecuados a cada etapa de crecimiento. (Congreso de la Nación Argentina, 2008)

Es por ello que, acorde al artículo 6 de la ley antes mencionada, el Ministerio de Salud[48] será el ente competente para la coordinación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social argentino para incorporar la Educación Alimentaria Nutricional (EAN) en el sistema educativo en todos sus niveles, además de la capacitación de educadores, trabajadores

[47] Acorde al Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico de la Universidad de Salamanca, la morbilidad tiene la siguiente definición: *"Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado"* (Universidad de Salamanca, s.f.)

[48] Además, mediante Decreto 1415/2008 (B.O. 04/09/08), se creó, en el ámbito del Ministerio de Salud, la Comisión Asesora para la Redacción de la Reglamentación de la Ley de Trastornos Alimentarios.

sociales, trabajadores de salud y operadores comunitarios para que estos contribuyan en la capacitación, perfeccionamiento y actualización respecto de estos trastornos y su detección para, de esa manera, promover acciones y estrategias que permitan abordarlos a través de orientación adecuada y/o derivación; a esto se le sumará la realización de talleres y reuniones para dar a conocer a los padres cuestiones relativas a la prevención de los TCA y los peligros que estos trastornos implican. (Congreso de la Nación Argentina, 2008)

A partir de ello y tomando en consideración la gran influencia que tienen los medios de comunicación masivos para que una persona presente un trastorno de la conducta alimentaria, la Ley 26.396 introduce una política pública innovadora en América Latina, la cual, dentro de su artículo 10, establece lo siguiente:

> ARTICULO 10. – La autoridad de aplicación deberá tomar medidas a fin de que los anuncios publicitarios, y que los diseñadores de moda, no utilicen la extrema delgadez como símbolo de salud y/o belleza, y ofrezcan una imagen más plural de los jóvenes, en particular de las mujeres. (Congreso de la Nación Argentina, 2008)[49] [50]

Por otro lado, dicha Ley, dentro de su artículo 12, prohíbe la publicación o difusión en medios de comunicación de dietas o métodos para adelgazar que no conlleven el aval de un médico y/o licenciado en nutrición. (Congreso de la Nación Argentina, 2008)

Además, dentro de su artículo 14 se dispone que los anuncios publicitarios en medios masivos de comunicación de productos para bajar de peso deberán dirigirse exclusivamente a mayores de veintiún años de edad, debiendo, además, ser protagonizados por personas mayores de edad. (Congreso de la Nación Argentina, 2008)

[49] Con criterio similar, en el año 2015, a partir de una queja en contra de una foto publicitaria de la marca de lujo Yves Saint Laurent en la que se mostraba a una modelo tumbada en el suelo, dejando ver unas piernas extremadamente delgadas y la señal de los huesos de la caja torácica; la Advertising Standards Authority (ASA), organismo encargado de velar por el contenido de la publicidad en el Reino Unido, censuró dicho anuncio, haciendo la consideración de que la modelo que aparecía en dicha publicación parecía enfermizamente delgada en la imagen, por lo que la catalogó de una publicidad irresponsable. (Arce, 2015)

[50] Por otro lado, Francia, país considerado como "cuna de la moda", ha pretendido luchar contra la anorexia y bulimia a través de acabar con la proyección de imágenes de cuerpos poco saludables, lo cual ha sido regulado a través de dos principales medidas (BBC Mundo, 2017): **1)** Prohibición de publicar, sin aviso expreso, imágenes publicitarias de modelos alteradas digitalmente para aparentar un peso diferente, lo que generará que las firmas que publiquen fotos comparativas del "antes y el después" de usar un milagroso producto mostrando una misma persona mucho más delgada a base de Photoshop, deberán incluir un rótulo en el que se lea de manera clara: "Fotografía retocada", y, en caso de no cumplir con dicha disposición, la empresa podría enfrentarse a una multa de US$44.000 o el 30% del coste de elaboración del anuncio (BBC Mundo, 2017); y, **2)** La iniciativa legislativa denominada como "Ley maniquí", la cual entró en plena vigencia desde el mes de mayo del 2017 y obliga a todas las personas que trabajen con modelos en Francia a presentar un certificado médico que confirme que no están demasiado delgadas, es decir que se tomará en cuenta el índice de masa corporal de las y los modelos para que puedan ejercer su trabajo, tanto en publicidad como en pasarelas. (BBC Mundo, 2017)

Posteriormente, dentro de su artículo 15, dicha ley dispone que la cobertura del tratamiento integral de los TCA quede incorporada en el Programa Médico Obligatorio[51], según las especificaciones que dicte el Ministerio de Salud. (Congreso de la Nación Argentina, 2008)

A esta disposición le complementa el artículo 16, en el cual se determina lo siguiente:

> **ARTICULO 16. -** La cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley No. 23.660, recipiendarias del fondo de redistribución de la Ley No. 23.661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la Ley No. 24.754, incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades. (Congreso de la Nación Argentina, 2008)

En aplicación a las disposiciones contenidas en los antes detallados artículos 15 y 16 de la Ley ibídem, el 23 de Diciembre del 2014, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, Sala III, dentro de una solicitud de medida cautelar, emitió un fallo en el que ordenó a la empresa prestadora de servicios de medicina prepaga, denominada Swiss Medical S.A., cobertura integral de la prestación requerida por los médicos tratantes de la niña afiliada, quien padecía, en ese momento, anorexia nerviosa restrictiva, aun cuando la clínica requerida por la parte actora no resultaba ser un prestador de la demandada, ya que esa clínica fue la recomendada por orden médica. (V, AB c. Swiss Medical SA, 2014)

Esta jurisprudencia de carácter nacional es una manifestación de la importancia que tiene el que los tratamientos de anorexia y bulimia tengan cobertura médica, ya que, como se ha mencionado en apartados anteriores, un tratamiento multidisciplinario y con personal calificado es indispensable para evitar la cronicidad de dichas patologías y generar la recuperación del paciente.

Finalmente, con el artículo 19 de esta Ley se incorporó la obligatoriedad de las instituciones de atención médica, públicas y privadas, de llevar un registro estadístico de pacientes con TCA y de las enfermedades crónicas relacionadas, para lo cual el Ministerio de Salud les proveerá de formularios de recolección y registro; con ello la autoridad de aplicación elaborará periódicamente un mapa sanitario epidemiológico y un informa sobre las acciones llevadas a cabo a nivel nacional. (Congreso de la Nación Argentina, 2008)

[51] El programa médico obligatorio es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistencial. (Superintendencia de Servicios de Salud, s.f.)

Ahora bien, debemos considerar que, en una entrevista realizada a Jésica Córdoba, integrante de la Fundación Centro Bulimia y Anorexia, Argentina ocupa el segundo lugar de bulimia y anorexia a nivel mundial, según un estudio internacional. (Radio Nacional, 2017)

Sin embargo, aun con estadísticas tan alarmantes y con una Ley que prevé la prohibición expresa de publicaciones que difundan en medios de comunicación dietas o métodos para adelgazar que no tengan aval médico, no se han instaurado medidas al respecto, ya que, tal como lo menciona Marcelo Bregua, coordinador general de la Asociación de Lucha Contra la Bulimia y la Anorexia (Aluba), Argentina no cuenta con una legislación de internet actualizada. (Perfil, 2015)

Por tanto, la falta de regulación de los blogs que incitan a la bulimia y anorexia (y que estarían prohibidos según el artículo 12 de la Ley ibídem), genera que estos sean de libre acceso en Argentina.

Una vez analizada la Ley 26.396, relativa a la declaración de interés nacional de la prevención y control de los trastornos alimentarios, debemos identificar que resulta imprescindible que las normas sean desarrolladas y aplicadas en la realidad, ya que, en aquellos casos en que la norma se encuentre plasmada en el ordenamiento jurídico, pero esta no tenga aplicación en la realidad o no pueda ser ejecutada por falta de reglamentación, la norma resultará inservible e ineficaz.[52]

B. SEGUNDA POLÍTICA: Ley 10.377 – Creación del Programa Provincial de Prevención, Control y Atención de la Anorexia y la Bulimia

La legislatura de la provincia de Entre Ríos expidió la Ley 10.377, mediante la cual se creó el Programa Provincial de Prevención, Control y Atención de la Anorexia y la Bulimia, el cual rige a nivel de dicha provincia y es reconocido con las siglas "PAnyBu" (Programa Anorexia y Bulimia). (Legislatura de la Provincia de Entre Ríos, 2015)

La autoridad de aplicación de dicho programa es el Ministerio de Salud de Entre Ríos, dentro del Área de Coordinación de Programas Provinciales, el cual trabaja en conjunto con la Asociación de Lucha contra la Anorexia y Bulimia (ALUBA) llamada actualmente "Fundación

[52] Tomando esta perspectiva, en Argentina existen críticas respecto a la falta de una Ley de Talles a nivel nacional, ya que actualmente solamente ciertas provincias cuentan con una Ley de Talles, las cuales tienen un cumplimiento relativo, debido a que, por la falta de unanimidad de la norma, solamente ciertos comercios tienen tallas de las denominadas "especiales" y los controles no se realizan, salvo que exista alguna denuncia previa; lo que genera que al 70% de personas les cueste encontrar ropa en sus talles. (Télam, 2017)

Centro de Prevención y Atención contra Bulimia y Anorexia y otras Patologías Sociales". (Legislatura de la Provincia de Entre Ríos, 2015)

Como exposición de motivos de dicho programa, el presidente de la organización no gubernamental Fundación Centro explicó que en la provincia argentina de Entre Ríos el 85% de los adolescentes no está conforme con su cuerpo y el 15% sufre de una patología alimentaria. (Agencia de Informaciones Mercosur (AIM), 2015)

A partir de ello, la Ley 10.377 determina que el Programa Provincial de Prevención, Control y Atención de la Anorexia y la Bulimia, tiene como objetivo la prevención, control y atención de la anorexia y bulimia en todos sus términos y necesidades. (Legislatura de la Provincia de Entre Ríos, 2015)

En cuanto a la prevención, acorde al artículo 4, numeral 1 de dicha ley, esta implica lo siguiente:

> ART. 4. – El Programa tendrá como objetivos, los siguientes parámetros a saber: 1) Prevención: desarrollar actividades enfocadas en la difusión, sean por medios representativos, volantes impresos que puedan ser incluidos en las facturas de ENERSA[53] para información de la población, guías de cuidados básicos con la información necesaria sobre estas patologías, cartelerías explicativas basadas en la prevención de la enfermedad, radiales, en las redes sociales, establecer foros on-line para la amplitud del contacto, charlas en escuelas, como asimismo la disponibilidad en todos los recintos de las áreas dependientes del Estado Provincial; para que se informen permanentemente sobre los cuidados a la salud, al riesgo de sufrir la anorexia y bulimia y sus consecuencias, a la importancia de la contención familiar y del medio social. Las charlas deberán estar conducidas por profesionales capacitados a tal fin, dependientes del Ministerio de Salud y de ALUBA/Fundación Centro, organizadas al menos una vez al mes en las diferentes instituciones públicas y privadas. (Legislatura de la Provincia de Entre Ríos, 2015)

Por otro lado, respecto al control, acorde al artículo 4, numeral 2 de la Ley 10.377, este abarca lo siguiente:

> 2) Control: estará a cargo de los profesionales especializados y capacitados a tal fin; sean de salud mental, de nutrición, de clínica general, de psicología y de aquellas especialidades que sean requeridas, dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia integrados al cuerpo profesional de ALUBA/Fundación Centro; para el control y seguimiento de los pacientes de todo el territorio provincial. (Legislatura de la Provincia de Entre Ríos, 2015)

Además, acerca del tratamiento, acorde al artículo 4, numeral 3 de la Ley 10.377, este implica lo siguiente:

> 3) Tratamiento: el cuerpo de profesionales dispuesto a tal fin, podrá ejercer el proceso de los tratamientos en las instituciones públicas hospitalarias y centros de salud, dependientes del Estado Provincial, como también de las instalaciones de ALUBA/Fundación Centro, reconocida internacionalmente por los altos índices de recuperación, la que podrá guiar referentemente, la secuencia del mismo; tanto para pacientes

[53] Sigla de 'Energía Entre Ríos'.

> que cuenten con obra social, como para pacientes sin beneficios sociales, que necesiten de la atención. (Legislatura de la Provincia de Entre Ríos, 2015)

Posteriormente, en relación a las capacitaciones, acorde al artículo 4, numeral 4 de la Ley 10.377, estas tendrán el siguiente alcance:

> 4) Capacitación: el Programa propenderá a la capacitación continua de los profesionales y técnicos asignados al mismo y de aquéllos que se quieran integrar, facilitando a través del Departamento de Residencias Médicas y Concurrencias del Ministerio de Salud, como así también, Convenios de capacitación con UADER, UNER, UNL, Ongs y toda entidad reconocida y acreditada por CONEAU en carreras de post-grado. (Legislatura de la Provincia de Entre Ríos, 2015)

Posteriormente, con el artículo 5 de la Ley 10.377 se crea el Fondo Voluntario de Integración para el desarrollo del Programa, el cual tendrá un presupuesto propio que, entre otros aportes, se comprende de la contribución voluntaria de pesos cincuenta centavos ($ 0,50) que será incluido en cada impuesto inmobiliario de la Provincia, con la nomenclatura "Aporte PanyBu", debiendo expresar por escrito el titular, su rechazo de no hacer dicha aportación. (Legislatura de la Provincia de Entre Ríos, 2015)

Es por ello que la Comisión de Coordinación del Programa, integrada por la Coordinación de Programas Provinciales del Ministerio de Salud y ALUBA/Fundación Centro, deberá rendir anualmente ante el Tribunal de Cuentas de la Provincia y ante el Ministerio de Economía, el detalle de todos los gastos realizados. (Legislatura de la Provincia de Entre Ríos, 2015)

Resulta interesante esta política pública en cuanto a que implica acciones de prevención y capacitación, a lo que se suma la eficacia que tiene, ya que esta norma reemplazó a un programa establecido por la Ley 9452 del año 2002, el cual nunca fue reglamentado. (AIM, 2015)

Además, resulta una norma que, aun cuando no sea aplicada a nivel nacional y solo se aplique en la provincia de Entre Ríos, sí tiene cabida y operatividad en la realidad, ya que implica un trabajo conjunto del gobierno con la Fundación Centro, la cual, desde hace más de 15 años, se ha encargado de dar herramientas tanto a docentes, alumnos y público en generar para aprender a detectar la patología. (AIM, 2015)

Ya que se ha mencionado dos de las políticas públicas desarrolladas en Argentina, tanto a nivel nacional como dentro de la Provincia de Entre Ríos, es momento de establecer las políticas públicas que han sido generadas e instauradas en España respecto a los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosas).

2.2.3. ESPAÑA

A. PRIMERA POLÍTICA: Relativa a la publicidad y medios de comunicación

El Parlamento Europeo, mediante Resolución emitida el 15 de diciembre de 2010, sobre los efectos de la publicidad en el comportamiento de los consumidores, dispuso, en su parte pertinente, lo siguiente:

> Llama la atención sobre la vulnerabilidad de los consumidores con respecto al mimetismo, que puede conducir a comportamientos inadecuados, violencia, tensiones, decepción, ansiedad, adicciones nocivas (consumo de tabaco o drogas), trastornos alimenticios, como la anorexia nerviosa y la bulimia, y perturbación del equilibrio psíquico; pide al conjunto de las agencias de publicidad y los profesionales de los medios de comunicación que reconsideren la promoción de modelos extremadamente delgados (sean hombres o mujeres), a fin de evitar la propagación de mensajes nocivos sobre la apariencia, las imperfecciones corporales, la edad y el peso, teniendo en cuenta la influencia y el impacto de la publicidad en niños y jóvenes (Parlamento Europeo, 2010)

Es así que, a través de dicha resolución, se pidió a las agencias de publicidad y medios de comunicación masivos que reconsiderasen la promoción de modelos extremadamente delgados con la finalidad de evitar la propagación de mensajes nocivos sobre la apariencia, imperfecciones corporales y peso, teniendo en cuenta la influencia e impacto que tiene la publicidad en niños, niñas y adolescentes, como grupos especialmente vulnerables debido a sus características esenciales: Son muy receptivos y curiosos, faltos de madurez, potencialmente influenciables y tienen un libre arbitrio limitado. (Mengual, 2015)

Aproximadamente un año después, considerando que las páginas web Pro-Ana y Pro-Mia son legales y de fácil acceso, el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España se puso en contacto con Twitter para que actúe contra lo que considera una proliferación de mensajes a favor de la anorexia y bulimia en esa red social, solicitando que utilice todos los mecanismos que tenga para que, respetando la libertad de expresión de los propietarios de dichos perfiles, los aísle de forma clara. (El Economista, 2011)

A través de esta solicitud, la ministra de Sanidad y Consumo tenía la expectativa de que Twitter encuentre un mecanismo de autorregulación que haga posible un equilibrio entre la libertad de expresión y el aislamiento de los perfiles promotores de trastornos de la conducta alimentaria. (El Economista, 2011)

Esta solicitud fue rechazada por Twitter en reiteradas ocasiones amparándose en la preservación de la libertad de expresión, indicando, además, que ellos no pueden simplemente eliminar un perfil, sino que requieren que exista de por medio una orden judicial, ya que escribir ese tipo de contenido no constituye un delito por sí mismo. (García, 2011)

Ante esto, el Gobierno español pidió colaboración a la Unión Europea para presionar con una voz única para que se bloqueara o evitara la proliferación de perfiles que fomentaran la anorexia y bulimia nerviosas; sin embargo, no se concretó ninguna medida. (Mengual, 2015)

Actualmente España carece de una legislación que persiga la apología de los trastornos alimentarios en la red y, por tanto, existe un acceso libre a las páginas webs promotoras de estos trastornos de la conducta alimentaria, en los que se ventilan 'consejos' de cómo bajar de peso y, en ocasiones, inducen incluso al suicidio. (Poncini, 2017)[54]

En el año 2015 hubo dos iniciativas legislativas en España con el objeto de que los contenidos de las páginas webs Pro-Ana y Pro-Mia no estén al alcance de cualquiera, pero ninguna contó con apoyo suficiente. (Poncini, 2017)

Esto ha obligado a que las comunidades autónomas de España planteen sus propias políticas, como por ejemplo Cataluña, que ha planteado una modificación del Código de Consumo para sancionar a las empresas alojadoras de dichos contenidos[55], así como también en Madrid el partido político Ciudadanos (constituido dentro de un grupo parlamentario) ha presentado una proposición no de ley[56] contra los trastornos del comportamiento alimentario, en la que solicita al Gobierno Central, entre otros aspectos, que se adopte una medida similar a la ya adoptada en Francia, es decir que se disponga señalar de manera explícita si las personas que aparecen en determinados anuncios han sido retocadas mediante técnicas digitales, ya sea total o parcialmente, con el objetivo de que toda publicidad que vaya a ser emitida o publicada

[54] Francia, en el año 2015, en un intento por legislar respecto a la apología de la anorexia y bulimia, aprobó, en primera lectura, como delito específico en el Código Penal Francés al delito de incitación a la delgadez excesiva, especialmente para los sitios que promueven la anorexia y bulimia, delito que sería castigado con un año de prisión y 10.000 euros de multa; posteriormente, en la segunda lectura, la Asamblea Nacional Francesa suprimió el delito de incitación a la delgadez excesiva para los llamados sitios "Pro-Ana" y "Pro-Mia", para, en el mes de julio del mismo año, finalmente renunciar a establecer dicho delito, ya que se temía que resultara contraproducente para los objetivos y fines perseguidos, debido a que las personas que escriben esos blogs y páginas promotoras de la anorexia y bulimia son generalmente los propios enfermos. (Tamarit Mezquita, s.f.)

[55] La Agencia Catalana de Consumo (ACC) y el Departamento de Salud preparan modificaciones normativas tanto en el Código de Consumo, como en la Ley de Salud Pública, entre las cuales destacan los cambios que permitan actuar contra personas individuales en chats o webs personales y controlar la publicidad y promoción de prácticas que atenten contra la salud; asimismo la ACC incorporará en el Código de Consumo la definición de los TCA y les reconocerá una protección especial, prohibiendo actividades vinculadas a poner en el mercado bienes o servicios que inciten a hábitos no saludables (generando así, responsabilidades para las personas jurídicas que alojan este tipo de páginas webs). (Mouzo Quintáns, 2017)

[56] La proposición no de Ley (PNL) son propuestas no vinculantes sobre todo tipo de temas que presentan los grupos parlamentarios a la Mesa del Congreso, las cuales sirven para instar al Gobierno o a alguno de sus miembros a que realice una acción concreta. (Asociación Qué hacen, 2014)

en los medios de comunicación cumpla, al menos, con criterios estándar de veracidad y honestidad con los consumidores. (Sánchez, 2017)

Es importante identificar que en un análisis realizado en el año 2015 se estableció que la búsqueda en internet de expresiones relativas a blogs Pro-Ana y Pro-Mia se había duplicado desde el año 2011 y, además, una vez realizado un análisis de los contenidos perjudiciales de estas páginas webs, se estableció que estos contienen información que podría resultar lesiva, especialmente para niños, niñas y adolescentes. (Mouzo Quintáns, 2015)

Tal es la relevancia que tiene en la actualidad la falta de regulación en España respecto a la publicidad y páginas web que promueven la anorexia y bulimia nerviosas, que existe una petición en la página change.org (la mayor plataforma de peticiones del mundo) en la que se pide al Ministerio de Justicia y a las altas dignidades del Gobierno español que emitan una normativa en la que se prohíba las páginas pro-anorexia y pro-bulimia en internet, para lo cual se han propuesto conseguir 300.000 firmas y, en la actualidad, ya tienen aproximadamente 282.500.[57]

B. SEGUNDA POLÍTICA: Campaña de prevención "La anorexia se lo lleva todo"

En cuanto a la prevención de la anorexia y bulimia, en el documento "Trastornos del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia" se identifica como una actuación institucional desarrollada en España a la campaña "La anorexia se lo lleva todo. Si necesitas ayuda, pídela. Yo lo hice." (Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, 2006)

Esta fue una campaña publicitaria desarrollada por el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, la cual tenía como objeto el combatir la anorexia y la bulimia proporcionando en los colegios y escuelas hábitos de vida y conocimientos para que los propios niños, niñas y adolescentes sean quienes, a partir de estos, puedan y sepan alimentarse correctamente y ser suficientemente activos. (Ayuntamiento de Miguelanturra, 2003)

Considerando que la anorexia y bulimia nerviosas están relacionados con los valores sociales que ha adquirido el cuerpo en la actualidad, otro objeto perseguido por esta campaña

[57] Para más información, la petición se encuentra contenida en www.change.org/p/gobierno-de-españa-prohíban-las-páginas-pro-anorexia-y-pro-bulimia-en-internet

fue alentar la detección precoz de estos trastornos de la conducta alimentaria y la reflexión respecto a dichos comportamientos. (Ayuntamiento de Miguelanturra, 2003)

Es así que, para la persecución de dicho objetivo, al Ministerio de Sanidad y Consumo obtuvo la colaboración de la Asociación Nacional de Grandes Empresas de Distribución (ANGED), la cual facilitó de forma gratuita soportes para instalar publicidad de la campaña en grandes superficies; así como también de la Asociación de Medios Publicitarios de España (AMPE), la cual se encargó de insertar publicidad gráfica de la campaña, así como también en radio en numerosas emisoras. (Ayuntamiento de Miguelanturra, 2003)

Para el efecto, el Ministerio de Sanidad y Consumo destinó a dicha campaña un valor de 560.000 euros, a lo cual se le sumaron las aportaciones realizadas por AMPE y ANGED en los medios detallados anteriormente. (Ayuntamiento de Miguelanturra, 2003)

Es así que esta campaña se llevó a cabo a través de cadenas de televisión de difusión nacional con 200 pases (apariciones) de un spot de 20 segundos, en radio fórmula con más de 100 pases de una cuña de 25 segundos, en la prensa, revistas juveniles, soportes en centros comerciales y prensa local. (Ayuntamiento de Miguelanturra, 2003)

Es importante identificar que tanto el spot de televisión como las cuñas de radio, anuncios de prensa y demás publicidad, están configurados con un testimonio de una actriz y modelo muy conocida, llamada Nieves Álvarez, quien tuvo problemas de anorexia nerviosa.[58] (Ayuntamiento de Miguelanturra, 2003)

Toda vez que ya se han desarrollado y explicado las políticas públicas de prevención de anorexia y bulimia nerviosas en el Ecuador y en otros países como Chile, Argentina y España, en el presente trabajo investigativo nos vamos a posicionar en la cuarta arista, referente al análisis de la capacidad civil de las personas mayores de edad con anorexia y bulimia nerviosas y la posibilidad de declararlas en interdicción por demencia, para, a partir de ello, analizar si (excepcionalmente) se les podría imponer tratamiento médico previa autorización judicial.

[58] México, a través de su Secretaría de Salud, colaboró en una campaña similar con la Fundación Televisa, campaña que se denominó "Si yo puedo, tú también" y que se enfocó en la difusión del testimonio de la famosa actriz y cantante Anahí Puente en contra de la anorexia y bulimia; campaña que se complementó con la difusión de varios videos que trataban de la problemática de la anorexia y en virtud del cual se habilitaron números de teléfono que tenían como objetivo prestar ayuda a los interesados. (Silva, 2008)

3. Análisis doctrinario de la capacidad civil de las personas mayores de edad con trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

En primer lugar, Kraft-Ebing (s.f.) ha determinado que los elementos que integran la capacidad civil son: **1)** Conocimiento acerca de los derechos y deberes sociales y las reglas de la vida en sociedad; **2)** Juicio suficiente para aplicarlos en casos concretos; **3)** La firmeza de voluntad precisa para inspirar una libre decisión. (Tratado de Psiquiatría, 1980, pág. 1057)

Al analizar a las personas con anorexia o bulimia nerviosas a la luz de estos elementos integradores de la capacidad civil, se colige que, al padecer estas personas de un trastorno mental que conlleva la negación del mismo y que, generalmente, presenta comorbilidad con trastornos depresivos que le pueden llevar a la persona a intentos de suicidio, no tendrían el juicio suficiente para decidir respecto de su derecho a la vida o salud ni tampoco tendrían la firmeza de voluntad para decidir libremente, ya que estas patologías, sumadas a los factores perpetuantes analizados en apartados anteriores, podrían condicionar negativamente su decisión, generando así que la persona se niegue a recibir tratamiento médico.

A partir de esta especificación, en lo que se refiere al ordenamiento jurídico ecuatoriano, en su parte pertinente, el artículo 1461 del Código Civil ecuatoriano define a la capacidad civil de la siguiente manera: *"La capacidad legal de una persona consiste en poderse obligar por sí misma, y sin el ministerio o autorización de otra"* (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Así pues, dentro del artículo 1462 del mismo cuerpo legal, se reconoce la siguiente presunción: *"Toda persona es legalmente capaz, excepto las que la ley declara incapaces"* (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Es por ello que, trasladando esta presunción legal a las personas mayores de 18 años con anorexia y bulimia nerviosas, se evidencia que, aun cuando estos individuos, debido a las implicaciones propias de estos TCA, no cumpliesen con los elementos antes mencionados de la capacidad civil, estas podrían negarse a recibir tratamiento médico, aun con el riesgo inminente que esto podría implicar para su vida; lo que se debe a que la presunción de capacidad que los cobija no ha sido desvirtuada y, por tanto, son perfectamente capaces a la luz del Derecho para rechazar un tratamiento médico.

De esto deriva que ninguna persona puede ser obligada a recibir tratamiento médico ni puede ser, para tal efecto, internada en contra de su voluntad, ya que, en ese caso podríamos

estar frente a un delito de secuestro, tipificado en el artículo 161 del Código Orgánico Integral Penal:

> **Art. 161.- Secuestro. -** La persona que prive de la libertad, retenga, oculte, arrebate o traslade a un lugar distinto a una o más personas, en contra de su voluntad, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. (Registro Oficial Suplemento 180, 2014)

A partir de esta precisión, se evidencian los inconvenientes que surgirían como resultado de aplicar un tratamiento coercitivo a una persona anoréxica o bulímica que no ha sido declarada legalmente como incapaz, incluso cuando la intención del mismo sea precautelar la salud, integridad física y vida de dicha persona.

De ello se infiere la importancia de realizar un análisis de la capacidad legal de las personas mayores de dieciocho años que sufren dichos TCA y se niegan a recibir tratamiento. Por lo que, para tal efecto, en el presente apartado se utilizará legislación comparada, así como también se comentará respecto a la figura de interdicción por demencia reconocida en el Ecuador, para, de esa manera, analizar esta como una solución viable para declarar a las personas anoréxicas o bulímicas como incapaces y, de esa manera, poder imponerles un tratamiento médico (incluso contra su voluntad) para precautelar su salud, integridad física e incluso su vida, previa autorización judicial.

3.1. Incapacidad de una persona anoréxica o bulímica en legislación comparada

En el presente apartado se hará alusión a la legislación española, en cuyo Código Civil, artículo 199, establece que nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial y en virtud de las causas establecidas en la Ley. (Real Decreto por el que se publica el Código Civil, 1983)

Al respecto, en el artículo 200 del mismo cuerpo legal, se reconocen como causas de incapacitación las siguientes: “Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.” (Real Decreto por el que se publica el Código Civil, 1983)

Ahora bien, en cuanto al procedimiento para declarar a una persona como incapaz, este se encuentra regulado en el Capítulo II, Libro IV de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, en el cual se establece que la competencia para conocer las demandas sobre capacidad la tiene el Juez de Primera Instancia del lugar donde resida la persona a la que se refiera la declaración solicitada; demandas que deberán ser promovidas por el presunto incapaz, su cónyuge o quien

se encuentre en una situación de hecho asimilable, sus descendientes, ascendientes o hermanos, así como también el Ministerio Fiscal. (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, 2001)

Es importante establecer que el presunto incapaz deberá contar dentro del proceso con su propia defensa y representación y, en caso de no tenerla, podrán ser defendidos por el Ministerio Fiscal (siempre y cuando no sea este el promotor de la demanda) o por un defensor judicial designado para tal efecto. (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, 2001)

Respecto a las pruebas, el tribunal oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz y examinará a éste por sí mismo, acordando, además, dictámenes periciales necesarios o pertinentes en relación con las pretensiones contenidas en la demanda, lo que deriva en que nunca se decidirá sobre la incapacitación de una persona sin previo dictamen pericial médico, acordado por el tribunal. (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, 2001)

Posteriormente, la sentencia declaratoria de la incapacitación va a determinar la extensión y los límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda al que quedará sometida la persona incapacitada, además de que en esta se deberá hacer un pronunciamiento, en el caso concreto, sobre la necesidad de internamiento. (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, 2001)

Se debe tomar en cuenta que la sentencia de incapacitación no impide que, sobrevenidas nuevas circunstancias, pueda instarse un nuevo proceso que tenga por objeto dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacidad ya establecida. (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, 2001)

Ahora bien, cuando el tribunal competente tenga conocimiento de la existencia de una posible causa de incapacitación en una persona, este podrá adoptar de oficio las medidas cautelares que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz. (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, 2001)

Adicionalmente, debe tomarse en consideración que una vez declarada una persona como incapaz, acorde al artículo 271 del Código Civil español, su tutor necesitará autorización judicial para internarla en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial. (Real Decreto por el que se publica el Código Civil, 1983)

Esta autorización judicial se encuentra regulada en el artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, en el que se enfatiza la obligación de obtener, en todos los casos en que se pretenda internar a una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, una

autorización judicial, la cual deberá ser previa al internamiento, salvo en los casos de urgencia que hicieren inmediata la adopción de dicha medida (en cuyo caso se deberá solicitar ratificación del internamiento al tribunal competente). (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, 2001)

Se debe tomar en cuenta que, de acuerdo a la norma ibídem, antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento, el tribunal debe oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, 2001)

A partir de esto, en caso de que el tribunal resuelva ordenar o ratificar el internamiento, debe expresar la obligación de los facultativos que atiendan a la persona declarada como incapaz, de informar periódicamente a dicho tribunal sobre la necesidad de mantener dicha medida; informes que deberán ser emitidos cada seis meses, a no ser que, por la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, se haya señalado un plazo inferior. (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, 2001)

Posteriormente, en caso de que los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, estos deberán dar de alta al enfermo y comunicar de este hecho inmediatamente al tribunal competente. (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, 2001)

Ahora bien, en jurisprudencia emitida por la Audiencia Provincial con sede en Castellón de la Plana, se realizó el siguiente análisis:

> El art. 763 de la LEC habla de "trastorno psíquico" como causa del internamiento. Ya hemos visto que el art. 271 del CC admite internamientos cuya finalidad no es estrictamente curativa, sino educativa dirigida a personas que no padecen una enfermedad mental, sino limitaciones o trastornos de orden psíquico o intelectual que requieren de un centro especializado. Cabe aún pensar en otras finalidades como la cura de desintoxicación o el tratamiento de trastornos alimentarios (anorexia, bulimia) que se llevan a cabo en centros especializados, no psiquiátricos. (Rollo apelación civil núm. 151/2011, 2011)

De este extracto se colige que cuando la legislación española menciona el término "trastorno psíquico" como causa de internamiento, este se podrá hacer extensivo a los casos de anorexia y bulimia nerviosas; por cuanto se podrá solicitar vía jurisdiccional una autorización judicial para poder imponer tratamiento a la persona enferma con uno de estos trastornos de la conducta alimentaria.

Esto ha sido aplicado en un caso concreto que se hizo mediático, en el cual la Audiencia de Barcelona ordenó ingresar en un centro sanitario, en contra de su voluntad, a una mujer de 20 años que se rehusaba a recibir tratamiento para combatir la anorexia nerviosa que padecía; medida cautelar y urgente que se emitió en respuesta de las solicitudes realizadas por la familia de dicha joven y que tenía como objetivo precautelar su vida, ya que ella no era consciente de su enfermedad y su vida se encontraba en peligro inminente. (El Mundo, 2006)

Por tanto, en España existe la posibilidad de declarar, a través de un proceso judicial, a una persona como incapaz debido a enfermedades o deficiencias persistentes de carácter psíquico que le impidan gobernarse por sí misma, de lo que se infiere que una persona con anorexia o bulimia nerviosas podría ser declarada como incapaz para, a partir de dicha declaratoria, solicitar autorización judicial para su internamiento no voluntario en un centro especializado para su tratamiento, tal como se ha establecido en jurisprudencia española; siempre cumpliendo ciertas condiciones y respetando el debido proceso.

Sin embargo, a partir de esta afirmación surge la pregunta, ¿qué sucede en el Ecuador en caso de que una persona con anorexia o bulimia esté en tal estado deplorable de salud que su vida esté en riesgo y, aun así, se niegue a recibir tratamiento? Actualmente existe un vacío normativo al respecto y es por eso que dedicaremos los siguientes apartados a absolver dicha pregunta.

3.2. Análisis de la figura de interdicción por demencia dentro del Código Civil y ordenamiento jurídico ecuatoriano

El Código Civil ecuatoriano, dentro de su artículo 1463, reconoce a los dementes como personas absolutamente incapaces, lo cual, sumado a la disposición del artículo 486 del mismo cuerpo legal, generará que sus actos y contratos, posteriores a la sentencia de interdicción, sean nulos, aunque se alegue haberse ejecutado o celebrado en un intervalo lúcido. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Por el contrario, se debe identificar que los actos y contratos ejecutados o celebrados previamente a la declaratoria de interdicción serán válidos, a menos que se pruebe que el que los ejecutó o celebró estaba entonces demente. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Así, acorde al artículo 481 del Código Civil, podrán provocar la interdicción de la persona demente las mismas personas que pueden provocar la del disipador, lo que quiere decir

que, en concordancia al artículo 464 del mismo cuerpo legal, las personas que pueden provocar la interdicción del demente son su cónyuge, cualquiera de sus consanguíneos hasta el cuarto grado, sus padres, hijos y hermanos. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Se debe identificar que el proceso de interdicción, siguiendo las normas de la competencia contenidas en el Código Orgánico General de Procesos (Título II del Libro I), deberá ser presentada en el domicilio de la persona demandada (Registro Oficial Suplemento 206, 2015), es decir de la persona que se pretende declarar en interdicción; lo que se complementa con lo establecido en el numeral 1 del artículo 234 del Código Orgánico de la Función Judicial, en el que manda que la competencia para conocer dichos procesos la tendrán los Jueces de la Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia.[59] (Registro Oficial Suplemento 544, 2009)

Este proceso se encuentra regulado en el Código Orgánico General de Procesos, en cuyo artículo 332, numeral 5, establece que se tramitarán por procedimiento sumario las controversias relativas a incapacidades y declaratoria de interdicción y guardas.[60] (Registro Oficial Suplemento 506, 2015)

Durante el proceso de interdicción, tal como lo estipula el artículo 482 del Código Civil, el juez debe informarse de la vida anterior y conducta habitual del supuesto demente, para lo cual oirá el dictamen de facultativos de su confianza sobre la existencia y naturaleza de la demencia, además de que tendrá la obligación de examinar personalmente al demandado, por medio de interrogatorios conducentes al objeto de descubrir el estado de su razón, ya que sin este requisito no podrá decretar la interdicción de la persona demandada. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Además, en el artículo 483 de dicho Código, se hace una remisión a su artículo 467, en el que se estipula que mientras se decide en la causa, el juez puede, en virtud de los informes

[59] "Art. 234. – ATRIBUCIONES Y DEBERES. – Las juezas y jueces de la familia, mujer, niñez y adolescencia conocerán y resolverán, en primera instancia, las siguientes causas: 1. Sobre las materias del Código Civil comprendidas desde el título del Matrimonio hasta la correspondiente a la Remoción de Tutores y Curadores, inclusive; así como las materias comprendidas en el libro tercero de dicho Código, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias posean también las notarias y notarios. (…)" (Registro Oficial Suplemento 544, 2009)

[60] Acorde al artículo 333 del Código Orgánico General de Procesos, el procedimiento sumario se desarrollará en audiencia única (que se realizará en el término máximo de treinta días a partir de la contestación a la demanda), la cual tendrá dos fases, la primera de saneamiento, fijación de los puntos en debate y conciliación; y la segunda, de prueba y alegatos. (Registro Oficial Suplemento 506, 2015)

verbales de los parientes o de otras personas y oídas las explicaciones del supuesto interdicto, declarar la interdicción provisional. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Es importante identificar que en el artículo 468 del Código Civil (al que también hace una remisión expresa el artículo 483 del mismo cuerpo legal) se especifica que tanto el decreto de interdicción provisional como el de interdicción definitiva deben ser inscritos en el libro correspondiente del Registro de la Propiedad y notificarse al público a través de un periódico del cantón; inscripción y notificación que se reducirá a expresar que tal individuo, designado por su nombre, apellido y domicilio, no tiene la libre administración de sus bienes. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Ahora bien, en el Título XXII del Código Civil se prevé que la curaduría del demente puede ser testamentaria, legítima (la que se confiere por la ley) o dativa (la que confiere el juez y tiene lugar solo a falta de otra curaduría). (Registro Oficial Suplemento 46, 2015)

La curaduría del demente, acorde al artículo 484 del Código Civil ecuatoriano, se conferirá a las siguientes personas:

> **Art. 484**.- Se conferirá la curaduría del demente:
>
> **1.** Al cónyuge si no hubiere separación conyugal. Pero el cónyuge tendrá derecho de aceptar o repudiar esta guarda, y en caso de no aceptarla, podrá pedir la liquidación de la sociedad conyugal;
> **2.** A sus descendientes;
> **3.** A sus ascendientes; y,
> **4.** A sus colaterales, hasta el cuarto grado, o a sus hermanos.
> Los padres no podrán ejercer este cargo, sin el consentimiento del otro cónyuge.
> El juez elegirá, en cada clase de las designadas en los numerales 2., 3. y 4., la persona o personas que más idóneas le parecieren.
> A falta de las personas antedichas, tendrá lugar la curaduría dativa. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Finalmente, en caso de que se nombraren dos o más curadores al demente, acorde al artículo 485 del Código ibídem, podrá confiarse el cuidado inmediato de la persona a uno de ellos, dejando a los otros la administración de los bienes; tomando en cuenta que el cuidado inmediato de la persona demente no se encomendará a persona alguna que sea llamada a heredarle, a no ser su padre o madre, o su cónyuge. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Una vez mencionado cómo funciona la declaratoria de interdicción por demencia dentro del Código Civil ecuatoriano y el Código Orgánico General de Procesos, es menester analizar qué implica la palabra ‘demencia’ utilizada por el legislador como causal para declarar a una persona en interdicción.

Según Luis Claro Solar, cuando se utiliza en la Ley la palabra ‘demencia’, esta hace referencia a la enajenación mental bajo todas las formas en que pueda presentarse y en todos sus grados, cualquiera que sea el nombre que se le dé. (Tomo Quinto: De las personas, 1979, pág. 100)

Para fundamentar dicha afirmación, el mismo tratadista especifica que la autoridad no tiene para qué preocuparse de las clasificaciones médicas, sino que debe enfocarse en averiguar si la persona respecto de la que se debe adoptar medidas, tiene o no el discernimiento necesario para conducirse por sí misma; por lo que, para el derecho, la enajenación mental no tiene que ser considerada desde el punto de vista médico, sino tomando en consideración la imposibilidad de la persona enajenada mental de gobernarse a sí misma y hacer respetar sus derechos, lo que es generado por la patología que presenta, cualquiera que sea su denominación médica. (Claro Solar, 1979, pág. 102)

Por tanto, tomando en consideración el análisis realizado por el Tratadista Luis Claro Solar, cuando el Código Civil habla de ‘demencia’ como una circunstancia que puede dar paso al juicio de interdicción de la persona que la padece, se refiere a todo trastorno de la razón que impide a una persona tener la libre voluntad de obligarse y responsabilizarse de sus actos, generando, por tal razón, el estado de incapacidad absoluta. (Tomo Quinto: De las personas, 1979, pág. 103)

Además, se debe tener claro que, para que una persona sea declarada en interdicción por demencia, se requiere que el estado de demencia sea habitual, es decir que, al momento, ese estado sea el modo de ser ordinario del insano. (Claro Solar, 1979, pág. 103)

Es por ello que, a partir de dicha interpretación de la norma, podríamos afirmar que las personas con anorexia o bulimia nerviosas podrían ser consideradas como dementes a la luz del Código Civil ecuatoriano, ya que cumplen con todas las circunstancias descritas por el Doctor Luis Claro Solar: La persona, debido a la patología que padece, no tiene el discernimiento necesario para tomar una decisión médica para su persona (rechazar un tratamiento), por cuanto se encuentra en un estado que le imposibilita gobernarse por sí misma y, sobre todo, hacer valer su derecho a la vida, salud e integridad física; por otro lado, estos TCA se caracterizan por la negación del paciente de admitir que los padecen, por cuanto la anorexia y bulimia nerviosas condicionan la voluntad de la persona enferma, impidiendo que puedan responsabilizarse de su negativa a recibir tratamiento.

Finalmente, este es un estado habitual en las personas anoréxicas o bulímicas debido a que estas constituyen patologías crónicas que incluso podrían llegar a perpetuarse.

Sin embargo, ¿cómo ha sido tratado el término 'demencia' dentro de la jurisprudencia y legislación ecuatoriana?

Dentro de la sentencia de Juicio Ordinario por Nulidad de Matrimonio, contenida en la Gaceta Judicial 11, Serie XII de 08 de marzo de 1976, se menciona, en su parte pertinente, lo siguiente:

> La demencia, dada la forma tan general del término, como lo consigna nuestra ley, debe entenderse que comprende a todas las enfermedades mentales capaces de privar del uso correcto de la razón y que, por tanto, vicia el consentimiento o ha privado totalmente de la posibilidad de consentir. (Nulidad de matrimonio, 1976, pág. 2355)

De esta sentencia se colige que la jurisprudencia ecuatoriana trata al término 'demencia' con la misma amplitud con la que el Dr. Luis Claro Solar considera que debe ser tratado.

Ahora bien, dentro de la legislación ecuatoriana, específicamente dentro de la disposición reformatoria segunda de la Ley Orgánica de Discapacidades, se dispuso que se reemplazara en dos artículos del Código Civil la palabra 'demente' por 'persona con discapacidad intelectual', específicamente en los artículos 126 y 256 de dicha Ley.[61][62]

Para entender lo que esta reforma conlleva, necesitamos conocer dos conceptos contenidos en la Ley Orgánica de Discapacidades:

> **Art. 6.- Persona con discapacidad. -** Para los efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, sociológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento. (…) (Registro Oficial Suplemento 796, 2012)
>
> **Art. 7.- Persona con deficiencia o condición discapacitante.-** Se entiende por persona con deficiencia o condición discapacitante a toda aquella que, presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales manifestándose en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse, oír y/o ver, comunicarse, o integrarse a las actividades

[61] Con la reforma realizada por la Ley Orgánica de Discapacidades, el artículo 126 del Código Civil, actualmente, estipula lo siguiente: "Art. 126.- El vínculo matrimonial del cónyuge que se hubiere vuelto persona con discapacidad intelectual o persona sorda, que no pueda darse a entender de manera verbal, por escrito o por lengua de señas, no podrá disolverse por divorcio" (Registro Oficial Suplemento 46, 2012)

[62] Con la reforma realizada por la Ley Orgánica de Discapacidades, el artículo 256 del Código Civil, actualmente, estipula, en su parte pertinente, lo siguiente: "Art. 256.- Es nulo el matrimonio contraído por: (…) 4. La persona con discapacidad intelectual que afecte su consentimiento y voluntad. (…)" (Registro Oficial Suplemento 46, 2012)

> esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos. (Registro Oficial Suplemento 796, 2012)

De estas definiciones que nos da la Ley Orgánica de Discapacidades, podemos notar una diferenciación crucial entre las personas con discapacidad y las personas con deficiencia o condición discapacitante, la cual, para efectos del presente apartado, se resume en el siguiente punto: la persona con discapacidad va a presentar una restricción permanente de su capacidad biológica, sociológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, mientras que la persona con deficiencia o condición discapacitante va a presentar una disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales, manifestándose en anomalías o dificultades para integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades y, en consecuencia, el goce y ejercicio pleno de sus derechos.

Es a partir de esa diferenciación que no podríamos encuadrar a las personas con trastornos de la conducta alimentaria como personas con discapacidad, ya que tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa son patologías que pueden ser reversibles (aunque muchas de sus consecuencias muchas veces no lo sean), y, por tanto, estas no implicarán una restricción permanente de capacidades de la persona que las padece.

Por otro lado, estas patologías sí generan una supresión temporal de las capacidades físicas, sensoriales e intelectuales de las personas que las presentan, tal como se colige de las consecuencias de dichos TCA, las cuales fueron analizadas en el Capítulo I del presente trabajo investigativo. Por tanto, las personas con TCA podrían encasillarse dentro de la denominación de personas con deficiencia o condición discapacitante.

Es por ello que, cuando la Ley Orgánica de Discapacidades reformó ciertos artículos del Código Civil y cambió el término ‘demencia’ por ‘persona con discapacidad intelectual’, limitó dichos artículos a las personas que tienen una restricción permanente de alguna o varias de sus capacidades, excluyendo así a las personas con deficiencia o condición discapacitante (caracterizadas por presentar una supresión temporal de una o varias capacidades de quien la padece).

Lo mismo sucedió en el año 2015 con la entrada en vigencia de la Ley Reformatoria al Código Civil, mediante la cual se reformaron los artículos 95, numeral 4[63] y 103, numeral 1[64] del Código Civil, sustituyendo la palabra "dementes" por "persona con discapacidad intelectual que afecte su consentimiento y voluntad" y por "persona que tenga discapacidad intelectual que le prive de conciencia y voluntad", respectivamente. (Registro Oficial Segundo Suplemento 526, 2015)

Asimismo, con dicha Ley Reformatoria se reformó el artículo 96, numeral 2[65] del Código Civil, sustituyendo el texto "Enfermedad mental que prive de uso de la razón" por "discapacidad intelectual que prive del uso de la razón". (Registro Oficial Segundo Suplemento 526, 2015) De lo que se infiere que, nuevamente, el legislador limitó el alcance del término "demencia" dentro del Código Civil.

A partir de estas especificaciones, considero se está desnaturalizando el cómo la jurisprudencia ecuatoriana ha tratado el término 'demencia', ya que para definir si una persona puede ser declarada en interdicción por esa causal lo que debe analizarse es si la enfermedad mental que esta padece la ha privado o no del uso correcto de la razón; mas no se refiere en ningún momento a la duración que debe tener dicha enfermedad mental o si esta debe ser temporal o permanente para que pueda ser considerada dentro del término 'demencia'.

Adicionalmente a esto, se ha afirmado que el término 'demencia' utilizado en el Código Civil, dado que es utilizado comúnmente por la población para calificar de manera peyorativa las conductas negativas y reprochables, vulnera el principio de dignidad humana que reviste a las personas con discapacidad intelectual y a las personas con deficiencia o condición intelectual discapacitante, ya que imparte un trato peyorativo, degradante y despectivo respecto al estado de salud mental de la persona a quien se descalifica. (Guashpa Gómez, 2015, pág. 21)

[63] Con la reforma realizada por la Ley Reformatoria al Código Civil, el artículo 95, numeral 4 del Código Civil, actualmente, estipula lo siguiente: "Art. 95.- Es nulo el matrimonio contraído por: (…) 4. La persona con discapacidad intelectual que afecte su consentimiento y voluntad. (…)" (Registro Oficial Suplemento 46, 2015)

[64] Con la reforma realizada por la Ley Reformatoria al Código Civil, el artículo 103, numeral 1 del Código Civil, actualmente, establece lo siguiente: "Art. 103.- Cualquier persona mayor de dieciocho años podrá ser testigo del matrimonio, salvo que: 1. Tenga discapacidad intelectual que le prive de conciencia y voluntad." (Registro Oficial Suplemento 46, 2015)

[65] Con la reforma realizada por la Ley Reformatoria al Código Civil, el artículo 96, numeral 2 del Código Civil, actualmente, estipula lo siguiente: "Art. 96.- Es igualmente causa de nulidad del matrimonio la falta de libre y espontáneo consentimiento por parte de alguno o de ambos contrayentes, al tiempo de celebrarse el matrimonio, sea que provenga de una o más de estas causas: (…) 2. Discapacidad intelectual que prive del uso de la razón (…)" (Registro Oficial Suplemento 46, 2015)

Este tema también fue abordado por la Corte Constitucional Colombiana, que, en su sentencia C-478/03, especificó que, aun cuando la finalidad de la norma jurídica sea constitucional, los términos utilizados en esta no deben ser discriminatorios, por cuanto los términos que sí lo sean, deben ser retirados del ordenamiento jurídico; sin embargo, resulta necesario que estas sean reemplazadas por contenido normativo que sí resulte constitucional y, de esa forma, la disposición no pierda sentido y armonice con el sistema jurídico del que forma parte. (Demanda de inconstitucionalidad contra los artículos 140 numeral 3, 545, 554 y 560 (parciales) del Código Civil colombiano, 2003)

Por todo lo antes especificado, dentro del Tercer Capítulo del presente trabajo de disertación, se propondrá una reforma normativa al respecto.

Ahora bien, en el siguiente apartado se hará alusión a qué tan legítimo resultaría el imponer tratamiento a una persona declarada en interdicción por demencia, analizando la legislación interna ecuatoriana, así como también Convenios Internacionales e incluso jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

3.2.1. Imposición de tratamiento a una persona declarada en interdicción por demencia: ¿Tratamiento involuntario?

El Doctor Ricardo Rabinovich-Berkman identifica que el consentimiento informado en una persona incapaz, depende de una representación necesaria; sin embargo, este tratadista califica a esta decisión como personalísima, pues involucra tanto el derecho sobre el propio cuerpo como el derecho a la salud, en los que queda inmiscuido el derecho personalísimo a la propia vida. (Responsabilidad del médico, 1999, págs. 60-61)

Es por este carácter de personalísimo del consentimiento informado que se podría deducir que la decisión de recibir tratamiento médico solo podría ser tomada por el sujeto mismo de quien se trata y que, por tanto, esta sería indelegable a terceros; no obstante, aceptar dicha afirmación podría implicar condenar a estas personas enfermas, en muchos casos, a la muerte, por lo que estaríamos frente a una especie dentro del género de los estados de necesidad: Se estaría imponiendo una solución mala *in se* (la toma de una decisión personalísima por parte de una persona distinta) para evitar otra mucho peor (el deceso del sujeto). (Rabinovich-Berkman, 1999, pág. 61)

De ello se infiere que el consentimiento médico prestado por el representante legal, al tener una base tan precaria, debe ser interpretado restrictivamente, por cuanto los tratamientos deben ser sólo los estrictamente necesarios en orden a la curación y al bienestar del incapaz. (Rabinovich-Berkman, 1999, pág. 61)

Es por ello que, acogiendo criterios jurisprudenciales internacionales, en la sentencia emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Ximenes Lopes vs. Brasil[66] se establece que, aun cuando todo tratamiento de salud dirigido a personas con discapacidad intelectual debe tener como principio orientador el respeto a la autonomía de las personas, este no es absoluto, ya que la necesidad misma del paciente puede requerir algunas veces la adopción de medidas sin contar con su consentimiento. (Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, 2006, pág. 57)

Sin embargo, en dicho caso, la Corte Interamericana de Derechos Humanos estableció que la discapacidad intelectual no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, por cuanto debe aplicarse la presunción de que las personas que padecen de este tipo de discapacidades son capaces de expresar su voluntad, la que deberá, además, ser respetada por el personal médico y autoridades. (Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, 2006, pág. 57)

Es así que, en aplicación de dicha presunción, solo una vez que haya sido comprobada la imposibilidad de la persona enferma para consentir, corresponderá a sus familiares, representantes legales o autoridad competente, emitir el consentimiento en relación con el tratamiento a ser empleado. (Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, 2006, pág. 57)

Esto guarda concordancia con el peritaje propuesto por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, elaborado por Eric Rosenthal, experto internacional en la materia de derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, el cual es citado dentro de la Sentencia del Caso Ximenes Lopes y, en su parte pertinente, establece lo siguiente:

> El derecho internacional de los derechos humanos reconoce que individuos con enfermedades mentales internados en una institución psiquiátrica, tal como lo estaba el señor Ximenes Lopes, tienen derecho al consentimiento informado y por ello, el derecho a rechazar el tratamiento. De manera excepcional, el tratamiento coercitivo puede ser justificado en caso de emergencia, cuando sea considerado por una

[66] El caso hace referencia a la responsabilidad internacional de Brasil por la muerte y maltratos a los que fue sometido el señor Damião Ximenes Lopes, quien era un hombre con discapacidad mental que fue admitido en la institución mental denominada Casa de Reposo Guararapes, donde fue sometido a contención física que dejó como resultado hematomas en su cuerpo, así como también roturas en su ropa y olor a excremento, además de haber estado atado y en estado agonizante, con dificultad incluso para respirar; lo que derivó en su muerte, sin haber sido asistido por médico alguno, lo cual no fue investigado apropiadamente ni tampoco sancionado. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006)

> autoridad médica como necesario para prevenir un riesgo inminente para la persona o terceros; en casos de ausencia de emergencia, se justifica solamente bajo la revisión de una autoridad médica independiente. En el caso del señor Ximenes Lopes no existía un riesgo inminente o inmediato, y tampoco existía información respecto de una decisión emitida por una autoridad médica independiente. En ausencia de tales garantías, el señor Damião Ximenes Lopes tenía derecho a rechazar el tratamiento, y cualquier intento de aplicación de tratamiento coercitivo resultaría una violación del derecho internacional de los derechos humanos. (Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, 2006, págs. 12-13)

Ahora bien, en dicho caso se trata del consentimiento informado en una persona con discapacidad intelectual, calidad que, como se vio en el apartado anterior, en nuestro ordenamiento jurídico difiere conceptualmente de una circunstancia de deficiencia o condición discapacitante.

Sin embargo, se trae a colación el caso antes mencionado porque el consentimiento informado es un derecho propio de cada persona, el cual no puede ser invisibilizado ni siquiera en el caso de una persona con discapacidad intelectual, quien, acorde al ordenamiento jurídico ecuatoriano, será quien presente una deficiencia permanente de su capacidad mental; peor aún en el caso de una persona con deficiencia o condición intelectual discapacitante, quien, como describe la norma, va a presentar una disminución temporal de alguna de sus capacidades intelectuales.

El consentimiento informado como derecho de las personas con discapacidad intelectual guarda concordancia con los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad[67], entre los cuales, para efectos del presente trabajo de disertación, destacan:

- **a.** El derecho al reconocimiento de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas en todos los aspectos de la vida (artículo 12, numeral 2)
- **b.** El derecho a que los Estados adopten medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica (artículo 12, numeral 3); y,
- **c.** El derecho a que los Estados Partes aseguren que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos, las cuales deberán asegurar que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, voluntad y preferencias

[67] La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue ratificada por el Ecuador en fecha 03 de abril de 2008 y entró en vigencia desde mayo del mismo año. (Naciones Unidas, 2008)

> de las personas, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida y que sean proporcionales y acorde a las circunstancias propias de cada persona, así como también que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad u órgano judicial competente (artículo 12, numeral 4). (Organización de las Naciones Unidas, 2008)

A partir de los derechos antes mencionados, debemos identificar que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad no solo hace referencia a las personas con discapacidad intelectual, sino que abarca a cualquier tipo de discapacidad.

Es por ello que, trasladando dichos derechos específicamente a las personas con discapacidad intelectual, debemos entender que a lo que se refiere la norma es a que, en efecto, sí puede haber limitaciones al ejercicio de su capacidad jurídica, pero estas no pueden ser "en razón de su discapacidad", ya que se estaría violando la garantía de igualdad y no discriminación[68] que reviste a las personas con discapacidad. (Guashpa Gómez, 2015, pág. 42)

Bajo esta óptica, Patricia Cuenca Gómez (2013) concluye que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad obliga a los Estados Partes a dejar de lado los procedimientos de sustitución de voluntad por otros de asistencia, en los que las personas con discapacidad intelectual, en determinadas situaciones, requieran de medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica. (Guashpa Gómez, 2015, pág. 43)

Dicho sistema de asistencia o apoyos, tal como lo ha señalado parte de la doctrina, acepta que en ocasiones terceras personas puedan tomar decisiones, como por ejemplo cuando la persona está inconsciente o cuando, dada la discapacidad intelectual o mental, no es posible conocer por ningún medio la voluntad de la persona; en cuyo caso se procederá con un "apoyo sustitutivo" que deberá basarse en "reconstruir" la voluntad y preferencias de la persona. (Guashpa Gómez, 2015, pág. 43)

Es por esto que, tomando el criterio de Patricia Cuenca Gómez (2012), considero que en Ecuador se debería reformar el Código Civil en cuanto a que la limitación a la capacidad jurídica

[68] En el artículo 2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se establece que, para fines de dicha Convención se entenderá por "discriminación por motivos de discapacidad" a cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio (en igualdad de condiciones) de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluyendo la denegación de ajustes razonables. (Organización de las Naciones Unidas, 2008)

no debe estar basada en un rasgo personal (como es la discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante), sino que esta discapacidad necesariamente debe estar condicionando la voluntad de la persona y, por tanto, la interdicción deberá ser dada por dicho condicionamiento, mas no por la discapacidad intelectual o la deficiencia o condición intelectual discapacitante *per se*. (Guashpa Gómez, 2015, pág. 45)

No obstante, es necesario especificar que, haciendo una interpretación del artículo 367 del Código Civil, en el cual se establece que las tutelas y curadurías son cargos impuestos a favor de aquellas personas que no puedan gobernarse por sí mismas o administrar competentemente sus negocios, se podría decir que lo especificado en el párrafo anterior ya está contenido dentro de nuestro ordenamiento jurídico; sin embargo, resulta importante que se haga mención expresa en la norma de que, además del dictamen médico que corrobore la existencia de una discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante, se requiera un dictamen psicológico en el que se corrobore que la persona tenga condicionada su voluntad, para, a partir de ese condicionamiento, poderla declarar en interdicción.

Pero, ¿qué sucedería en caso de una persona con anorexia o bulimia nerviosa que no se encuentra inconsciente y, aun cuando haya sido declarada en interdicción, manifiesta su voluntad de no ser tratada?

Para absolver esta pregunta se debe enfatizar en que el artículo 12, numeral 3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (relativo a que los Estados Parte deben adoptar medidas para proporcionar apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica) no diseña específicamente el sistema de apoyo y, por tanto, lo deja abierto a las legislaciones nacionales, en las que se deberán proporcionar las medidas de apoyo que consideren necesarias para no limitar el ejercicio pleno de los derechos. (Guashpa Gómez, 2015, pág. 44)

Ahora bien, en nuestra legislación se reconoce el consentimiento informado por representación o por delegación en adultos en los siguientes términos:

> 7.2. Consentimiento informado por representación o por delegación en adultos.
>
> Cuando el paciente adulto no tiene capacidad para tomar una decisión, el consentimiento informado se realizará por su representante legal, tutor o curador; el paciente también será informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión.
>
> Si no existe una representación legal definida para un adulto que no tenga capacidad para decidir, o si se presenta un caso de disputa de la representación legal para tomar la definición respecto a la realización

> de una intervención clínica, el profesional de la salud, en base a su valoración clínica, actuará en consideración al interés superior y beneficio del paciente. (Registro Oficial Edición Especial 510, 2016)

De esta disposición contenida en el Acuerdo Ministerial 5316, se podría concluir que en caso de una persona declarada en interdicción por demencia y que, por tanto, no se encuentre en la capacidad legal de tomar una decisión médica por sí misma, bastaría con que el consentimiento informado sea dado por quien ejerza su representación legal.

Sin embargo, debemos recordar en artículo 12, numeral 4 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el que se consagra que los Estados Partes deben asegurar que todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad intelectual deben impedir los abusos, por cuanto se deberá, en primera instancia, respetar los derechos, la voluntad y preferencias de la persona, así como también dichas medidas deberán estar sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad u órgano judicial competente, independiente e imparcial. (Organización de las Naciones Unidas, 2008)

Es por esta norma de Derecho Internacional que, en primera instancia, se debería respetar la voluntad de no tratarse de la persona anoréxica o bulímica declarada en interdicción; sin embargo, esta voluntad está condicionada por características propias de dichos TCA, por cuanto habría la necesidad de que esta sea evaluada por una autoridad jurisdiccional independiente e imparcial, la cual se deberá asistir de exámenes médicos y psicológicos que demuestren que la persona requiere ser internada para evitar que se siga dañando a sí misma y, por tanto, que esa es la única vía disponible para precautelar su vida, salud e integridad física.

Por ello, dentro del Código Civil (norma jerárquicamente superior al Acuerdo Ministerial 5316), con el afán de evitar la arbitrariedad de los tutores o curadores para internar a los pupilos a su cargo, se dispone lo siguiente:

> **Art. 487. –** El demente no será privado de su libertad personal, sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo, o cause peligro o notable incomodidad a otros.
>
> Ni podrá ser trasladado a un hospital psiquiátrico, ni encerrado, ni atado, sino momentáneamente, mientras, a solicitud del curador, o de cualquier persona del pueblo se obtenga autorización judicial para cualquiera de estas medidas. (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)[69]

[69] En la legislación ecuatoriana no está regulado expresamente cuál es el procedimiento a seguir para solicitar judicialmente dicha autorización de internamiento. Por lo que, en entrevistas realizadas a la Dra. Ivon Vásquez (**Anexo No. 7**, pregunta 1), al Dr. Pablo Ibarra (**Anexo No. 8**, pregunta 1) y el Dr. Jonathan De La Cruz Jácome (**Anexo No. 9**, pregunta 1), se determinó que no existe unanimidad al respecto, ya que aunque se considera que el juzgador que conoce la causa principal de interdicción es el que debe resolver respecto a la autorización de internamiento (mediante incidente, por ejemplo), se entendería que esta autorización también podría solicitarse a través del procedimiento voluntario regulado en el Código Orgánico General de Procesos.

De esta disposición se infiere que para internar a una persona declarada en interdicción por demencia no sería suficiente simplemente el consentimiento informado por parte su representante legal, ya que el Código Civil reconoce que para internar a dicha persona se requerirá, necesariamente, autorización judicial.

Por otro lado, resulta necesario especificar que, para efectos de cumplir con los exámenes periódicos de las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica, exigidos por el artículo 12, numeral 4 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se debería instaurar dentro de nuestro ordenamiento jurídico la obligación de las instituciones de salud donde haya sido internada la persona declarada en interdicción de comunicar periódicamente al juzgador que autorizó dicho internamiento respecto a la necesidad de continuar aplicando o no dicha medida.

Posteriormente, el artículo 487 del Código Civil debe ser reformado para enfocarse específicamente en el internamiento a personas declaradas en interdicción y eliminar la posibilidad que estas puedan ser encerradas y atadas (incluso momentáneamente), ya que estos podrían constituir tratos crueles, inhumanos y degradantes, los cuales están prohibidos en nuestra Carta Magna, artículo 66, numeral 3, literal c.[70] [71] (Registro Oficial 449, 2008)

Esto guarda concordancia con el artículo 17 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el cual se reconoce que toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás personas. (Organización de las Naciones Unidas, 2008)

De ello se colige que encerrar o atar a una persona declarada en interdicción por demencia podría constituir un delito, ya que se estaría incurriendo en la conducta de secuestro (tipificada en el artículo 161 del Código Orgánico Integral Penal, el cual ya fue citado en apartados anteriores) y en la conducta tipificada en el artículo 151 del mismo Código como tortura, la cual aplica a toda persona que inflija u ordene infligir a otra persona grave dolor o

[70] Esta prohibición también se encuentra contenida en el Pacto de Derechos Civiles y Políticos (artículo 7) y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 5, numeral 2). (Nash Rojas, 2009, pág. 8)

[71] En Derecho Internacional se diferencia la tortura de los tratos crueles, inhumanos y degradantes en cuanto a que, aun cuando ambos consisten en conductas mediante las que se somete a otra persona a sufrimiento o dolor físico o mental, o destinado a anular la personalidad de la víctima o disminuir su capacidad física o mental; el elemento definitorio para calificar una conducta como trato cruel, inhumano o degradante, sería la severidad (duración y forma del trato), mientras que para que sea tortura, habría que considerar, además de la existencia de ese elemento, la intencionalidad y finalidad. (Nash Rojas, 2009, pág. 16)

sufrimiento, ya sea de naturaleza física o psíquica, así como también a quien someta a otra persona a condiciones o métodos que anulen su personalidad o disminuyan su capacidad física o mental (aun cuando no causen dolor o sufrimiento físico o psíquico), con cualquier finalidad en ambos supuestos; conducta que se agrava cuando el sujeto pasivo es una persona con discapacidad (numeral 4 del artículo ibídem). (Registro Oficial Suplemento 180, 2014)

Además, existen principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental que no están siendo respetados por el artículo 487 del Código Civil, los cuales fueron analizados por el abogado Alex Guashpa de la siguiente manera:

> La privación de la libertad para las personas con discapacidad, establecida en el C.C., no respeta los requisitos mínimos establecidos por los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental que establecen:
>
> a) Que la persona autorizada por la ley determine que una persona padece de una enfermedad mental. **(El C.C. no establece que intervenga un médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social o cualquier otro profesional y le permite al juez tomar esta decisión).**
> b) Que producto de la enfermedad mental exista un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros. **(No un simple "temor" como lo establece el C.C, expresión que se considera inapropiada).**
> c) Que la institucionalización sea el único mecanismo disponible para impedir el daño. **(El C.C. no establece que previamente se deben agotar otras medidas alternativas menos restrictivas).**
> d) Que la institucionalización sólo sea una medida temporal. **(En la práctica algunas personas con discapacidad son condenas a vivir institucionalizados puesto que sus familias los abandonan).** (Las negritas no son parte del texto original) (Guashpa Gómez, 2015, págs. 71-72)

Ahora bien, continuando con el análisis del internamiento a una persona declarada en interdicción, dentro de la Ley Orgánica de Salud no existe regulación alguna respecto a los requisitos para que dicho internamiento tenga cabida; sin embargo, en caso de entrar en vigencia el Código Orgánico de Salud, el cual en la actualidad se encuentra con Informe favorable para primer debate, se habilitaría el internamiento a personas declaradas en interdicción, reconociendo también la figura del consentimiento informado por representación o por delegación en adultos, ya que este dispondría, en su parte pertinente, lo siguiente:

> **Artículo 144.- Requerimientos para internamiento. -** Para el internamiento de una persona a un establecimiento de tratamiento de enfermedades de salud mental y de adicciones es obligatorio que conste por escrito lo siguiente:
>
> **1)** El consentimiento libre e informado de la persona de ingresar al programa o de su representante legal y conforme lo dispuesto en esta Ley;
> **2)** El diagnóstico e indicación de la necesidad de tratamiento con internamiento por parte de un profesional de la salud mental;
> **3)** La estrategia terapéutica sugerida, sus modalidades y condiciones; y,
> **4)** Otras definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional con el objeto de garantizar el respeto a los derechos humanos, a la autonomía, a la información y su tratamiento integral, adecuado a su condición de salud.

> Está prohibida la internación de toda persona que no acceda voluntariamente a tratamiento bajo estos requerimientos, la cronificación de los problemas de salud mental y el internamiento como método terapéutico; excepto los casos específicamente establecidos en este Código.
>
> En los casos en que se ha declarado una persona como incapaz de acuerdo a las reglas generales del Código Civil, se deberá contar con el consentimiento libre e informado del tutor o curador.
>
> Las personas inimputables por padecer trastornos mentales, cuyo tratamiento ha sido impuesto por los juzgadores, deberán recibir atención integral de salud mental de acuerdo a la condición o enfermedad a partir de una evaluación realizada por un equipo interdisciplinario de salud mental avalado por la Autoridad Sanitaria Nacional. El Estado garantizará que existan las condiciones de seguridad, los espacios apropiados para el internamiento y la protección de los derechos humanos en los centros de privación de libertad. (Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, 2017)

De esta norma se desprende que el consentimiento informado de la persona declarada en interdicción por demencia podría ser suplido por el consentimiento informado de su tutor o curador, ya que ese constituiría un requisito indispensable para internar a una persona para tratarla. Sin embargo, adicionalmente a este requisito, la norma prevé que el profesional de la salud mental debe indicar la necesidad del tratamiento con internamiento.

A partir de ello se identifica que esta disposición que entraría en vigencia con el Código Orgánico de Salud guardaría concordancia con lo dispuesto dentro de la sentencia Ximenes Lopes vs. Brasil resuelta por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ya que se estaría reconociendo que el tratamiento a través de internamiento no procedería en todos los casos, sino que es el facultativo el que debe evidenciar que es estrictamente necesario internar al paciente con discapacidad intelectual o con deficiencia o condición intelectual discapacitante; a lo que se le sumaría la autorización judicial exigida por el Código Civil para internar a personas declaradas en interdicción por demencia. Caso contrario, se podría estar vulnerando arbitrariamente el derecho al consentimiento informado de la persona anoréxica o bulímica declarada en interdicción, el cual incluye el derecho a rechazar un tratamiento.

Esto, además, se fundamenta en el artículo 15 de la Convención sobre los Derechos de los las Personas con Discapacidad, en el que se reconoce que ninguna persona será sometida a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento; disposición de la que se colige que debe respetarse la voluntad de la persona con discapacidad intelectual o con deficiencia o condición intelectual discapacitante para someterla a cualquier tratamiento y, por tanto, estas conservan su derecho a rechazar o consentir un tratamiento médico e internamiento. (Organización de las Naciones Unidas, 2008)

Ahora bien, se debe establecer que en caso de entrar en vigencia el Código Orgánico de Salud, si bien el internamiento tendrá los requisitos específicos declarados por dicha norma

jurídica, se deberá regular lo relativo a la ratificación de dicho internamiento por parte del juzgador, ya que no se puede desconocer la disposición contenida dentro del Código Civil que obliga a los tutores y curadores a obtener autorización judicial para internar a su pupilo en una institución para tratar su condición intelectual.

Posteriormente, es necesario identificar que aun cuando una persona es declarada en interdicción su voluntad no es anulada, sino que, aunque se encuentra ciertamente condicionada por disposiciones legales, la persona debe ser escuchada. Esto se debe a que, como se ha venido explicando a lo largo del presente apartado, la persona sigue conservando su derecho a rechazar cualquier tratamiento médico, lo que deriva en que el Código Civil reconozca un proceso jurisdiccional a seguirse para obtener la autorización judicial e internar a una persona declarada en interdicción por demencia, así como, por otro lado, en caso de entrar en vigencia el Código Orgánico de Salud, además del consentimiento sustituto del tutor o curador de la persona interdicta, se requeriría el criterio decisorio de la autoridad médica independiente, quien deberá emitir un informe respecto a la necesidad de internar a la persona declarada en interdicción como único mecanismo disponible para impedir el daño; caso contrario, se deberán aplicar medidas alternativas menos restrictivas para el tratamiento.

Finalmente, el internamiento por autorización judicial (o ratificado por una autoridad jurisdiccional) a una persona con anorexia o bulimia nerviosas (es decir, con una deficiencia o condición intelectual discapacitante que condiciona su voluntad), en caso de determinarse que es el único mecanismo disponible para precautelar su vida e integridad física, tendría un fin legítimo, además de que sería una medida idónea, necesaria y estrictamente proporcional, que deberá ser complementada por informes periódicos (de cada 6 meses[72]) por parte de la institución de internamiento al juzgador que autorizó el mismo, para que exista una revisión constante de la medida y, una vez que ya no sea necesario el mantenimiento de la misma, la institución dé el alta de la paciente y comunique de este particular al mismo juzgador (para

[72] Se hace la consideración del tiempo de seis meses como el período que debe transcurrir para que la entidad de salud comunique al mismo juzgador que dio la autorización para el internamiento de la persona declarada en interdicción, debido a que, tal como lo establece la Dra. Cecilia Mera (**Anexo No. 4**, pregunta 15), ya se va a comenzar a evidenciar una recuperación parcial desde los 6 meses desde el inicio del tratamiento. Además, tal como lo establecieron en su entrevista la Dra. Gladys Guzmán (**Anexo No. 5**, pregunta 14) y el Dr. Eduardo Torres (**Anexo No. 6**, pregunta 13), en otros pacientes se podrá evidenciar una recuperación parcial desde los 9 meses. Es por esto que se recomienda que los informes periódicos de las entidades de salud se hagan cada 6 meses, para evitar arbitrariedades de los curadores y que los pacientes sean abandonados en estos centros; y, además, para que se lleve un control de la medida de internamiento (la cual debe ser excepcional y siempre que no haya otra medida menos lesiva para precautelar la vida, integridad física y salud de las personas con anorexia y bulimia nerviosas que hayan sido internadas con autorización judicial).

evitar arbitrariedades y abandonos por parte de los curadores y familiares) [73] y, de esa manera, dar cumplimiento a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la cual obliga al Ecuador (como Estado Parte) a asegurar que todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad intelectual deben impedir los abusos, por cuanto deberán estar sujetas a exámenes periódicos por parte de un órgano o autoridad judicial.

Por último, para concluir con el desarrollo del presente trabajo investigativo, en el capítulo a continuación se propondrá una política pública que pueda resultar viable en nuestra realidad ecuatoriana, así como también, después de todos los vacíos legales e incongruencias encontradas en nuestro ordenamiento jurídico, se pretenderá elaborar una propuesta normativa para regular lo relativo al internamiento a personas declaradas en interdicción por demencia (ajustando la normativa del Código Civil relativa al internamiento por autorización judicial, de tal forma que constituya contenido constitucional y acorde a derechos humanos), así como también reemplazar el término 'demencia' por terminología no discriminatoria y que esté acorde a cómo este término ha sido tratado tanto en la doctrina, como en la jurisprudencia ecuatoriana.

[73] En ese caso sí se estaría cumpliendo con los parámetros objetivos establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, utilizados como un test que establece cuándo la restricción de un derecho humano es legítima: Cuando la medida ha sido impuesta en miras de un fin legítimo, es idónea, necesaria y estrictamente proporcional. (Guashpa Gómez, 2015, págs. 82-83)

Capítulo tercero:
Propuesta frente al vacío legal y de política pública referente a los trastornos de la conducta alimentaria

1. Propuesta de política pública referente a la anorexia y bulimia

Tomando en consideración que la Autoridad Sanitaria Nacional, es decir, el Ministerio de Salud Pública, es la entidad encargada de la formulación y ejecución de las políticas públicas en materia de salud y teniendo en cuenta que las personas tenemos derecho a participar en la elaboración de las mismas, en el presente apartado se presentará una propuesta de política pública en forma de Acuerdo Ministerial, el cual sería propuesto directamente al Ministerio de Salud Pública, a través de su Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, para que este sea evaluado y, de considerarse pertinente, ejecutado por dicha institución.

PROYECTO DE POLÍTICA PÚBLICA PARA ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS:

En la actualidad los trastornos de la conducta alimentaria son considerados por ciertos investigadores y profesionales especialistas como una epidemia del siglo XXI, lo que es generado debido a la difusión masiva de un estereotipo de belleza, constituido como un ideal a ser alcanzado por muchos niños, niñas y jóvenes de nuestra sociedad contemporánea.

A partir de ello, actualmente existen estudios realizados a nivel internacional en los que se identifica que las edades en que se presentan la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, son cada vez menores. Sin embargo, en el Ecuador no existen cifras oficiales de cuál es la prevalencia de estos trastornos de la conducta alimentaria, lo que dificulta que se pueda incorporar una política pública eficaz para combatir esta problemática. Además, no existe una norma técnica que sea dirigida específicamente a la prevención y control de la anorexia y bulimia nerviosas.

Finalmente, la anorexia y bulimia nerviosas constituyen trastornos de la conducta alimentaria que cumplen con los criterios legales de una enfermedad catastrófica, ya que, al no ser tratados,

implican un alto riesgo para la vida que los padece, además de constituirse como trastornos evidentemente crónicos y cuyo tratamiento mensual es superior a una canasta familiar vital.

CONSIDERANDO:

QUE, la Constitución de la República del Ecuador, en el último inciso de su artículo 85, establece lo siguiente: "En la formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos se garantizará la participación de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades";

QUE, la Constitución de la República del Ecuador estipula: "Art. 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (…)";

QUE, la Carta Magna prevé, en su artículo 35, que las personas que adolezcan de enfermedades catastróficas recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado;

QUE, el Art. 50 de la Constitución de la República del Ecuador ordena, en su parte pertinente, lo siguiente: "El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente";

QUE, la Constitución de la República del Ecuador manda, en su artículo 361, lo siguiente: "El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector";

QUE, la Norma Suprema prevé, en su artículo 11, lo siguiente: "El contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio (…)"

QUE, la Constitución de la República del Ecuador manda, en su artículo 361, lo siguiente: "El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector";

QUE, la Ley Orgánica de Salud dispone lo siguiente: "Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.";

QUE, la Ley Orgánica de Salud manda, en el numeral 1 de su artículo 6, lo siguiente: "Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: 1. Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento";

QUE, la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 69, manda: "La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico – degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. (…)"

QUE, en Registro Oficial No. 625 de fecha 24 de enero de 2012, se publicó la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, para incluir el tratamiento de las Enfermedades Raras o Huérfanas y Catastróficas;

QUE, la Ley Orgánica de Salud, dentro de su artículo 259 define a la enfermedad catastrófica de la siguiente manera: "Es aquella que cumple con las siguientes características: a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona; b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y, c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria"

QUE, la Ley Orgánica de Salud, dentro de su Capítulo III-A, relativo a las Enfermedades Catastróficas y raras o huérfanas, señala entre las obligaciones de la Autoridad Sanitaria Nacional el emitir protocolos para la atención de estas enfermedades, con la participación de las sociedades científicas.

QUE, mediante Decreto Ejecutivo No. 422 expedido el 15 de julio de 2010, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 252 de 6 de agosto de 2010, se crea el Bono "Joaquín Gallegos Lara".

QUE, mediante Decreto Ejecutivo No. 1138 de 19 de abril de 2012, publicado en el Primer Suplemento del Registro Oficial No. 252 de fecha 6 de agosto de 2010, se sustituye el artículo 1 del Decreto Ejecutivo No. 422 y, en consecuencia, se amplía la cobertura del Bono "Joaquín Gallegos Lara" a las personas con enfermedades catastróficas determinadas por el Ministerio de Salud, de conformidad con la Ley Orgánica de Salud.

QUE, en Acuerdo Ministerial No. 1829 del Ministerio de Salud Pública, emitido en fecha 6 de septiembre de 2012 y publicado en fecha 27 de septiembre del mismo año, se prevé como criterio de inclusión para que las personas con enfermedades catastróficas reciban el Bono Joaquín Gallegos Lara, el que su tratamiento o intervención no puedan ser cubiertos, total o parcialmente, en los hospitales públicos o en otras instituciones del Estado ecuatoriano.

En ejercicio de las atribuciones contenidas en los artículos 151 y 154 de la Constitución de la República del Ecuador y por el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva,

ACUERDA

Art. 1.- Declarar a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa como enfermedades catastróficas.

Art. 2.- Disponer el reporte obligatorio por parte de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud de los casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa a la Autoridad Sanitaria Nacional, para, a partir de los datos proporcionados, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica realice un Anuario de Vigilancia Epidemiológica de la anorexia y bulimia nerviosas en el Ecuador.

Art. 3.- Disponer la elaboración del siguiente documento: "Guía de Prevención y Control de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosas", que deberá ser elaborada por la Dirección Nacional de Normatización, con la participación de profesionales especialistas en trastornos de la conducta alimentaria del Ministerio de Salud Pública, de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria.

Art. 4.- Disponer la difusión a nivel nacional de la Guía a la cual se ha hecho alusión en el artículo precedente, para que sea aplicada a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatoria para las unidades de Salud pertenecientes a la Red

Pública Integral de Salud y a la Red Complementaria, en la organización, gestión y control de procedimientos para el manejo y atención de personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud.

2. Propuesta de reforma normativa

En primer lugar, debemos identificar que, acorde al artículo 134 de la Constitución de la República del Ecuador, la iniciativa para presentar proyectos de ley corresponde a las y los asambleístas, con el apoyo de una bancada legislativa[74] o de al menos el 5% de los miembros de la Asamblea Nacional; al Presidente de la República; a las otras funciones del Estado en los ámbitos de su competencia; a la Corte Constitucional, Procuraduría General del Estado, Fiscalía General del Estado, Defensoría del Pueblo y Defensoría Pública en las materias que les corresponda de acuerdo con sus atribuciones; y, a las ciudadanas y los ciudadanos que estén en goce de los derechos políticos y a las organizaciones sociales que cuenten con el respaldo de por lo menos el 0,25% de las ciudadanas y ciudadanos inscritos en el padrón electoral nacional. (Registro Oficial 449, 2008)

A partir de esta consideración y siendo cualquiera de estas vías a través de las cuales se puede presentar un proyecto de ley, tomando al artículo 136 de la Constitución de la República del Ecuador, en el cual se establece que los proyectos de ley deberán referirse a una sola materia y serán presentados con la suficiente exposición de motivos, articulado que se proponga y la expresión clara de los artículos que con la nueva ley se derogarían o reformarían (Registro Oficial 449, 2008), a continuación se presenta el articulado para del Proyecto de Ley Reformatoria al Código Civil, para incluir el tratamiento a personas declaradas en interdicción por discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que le impida gobernarse por sí misma.

[74] Acorde al artículo 124 de la Constitución de la República del Ecuador, una bancada legislativa puede ser conformada por los partidos o movimientos políticos que cuenten con un número de asambleístas que represente, al menos, el 10% de los miembros de la Asamblea Nacional; en caso de los partidos o movimientos que no lleguen a ese porcentaje, estos podrán unirse con otros para formarla. (Registro Oficial 449, 2008)

PROYECTO DE LEY REFORMATORIA AL CÓDIGO CIVIL, PARA INCLUIR EL TRATAMIENTO A PERSONAS DECLARADAS EN INTERDICCIÓN POR DISCAPACIDAD INTELECTUAL O DEFICIENCIA O CONDICIÓN INTELECTUAL DISCAPACITANTE QUE LE IMPIDA GOBERNARSE POR SÍ MISMA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS:

Actualmente en el Ecuador se ha tomado un modelo autonomista en la relación médico-paciente, mediante el cual se pretende respetar el derecho que tiene el paciente a dar su consentimiento informado, el cual incluye el derecho que tiene a rechazar una intervención médica o tratamiento.

Ahora bien, en nuestro ordenamiento jurídico se prevé la posibilidad de declarar en interdicción a una persona por demencia, para lo cual, en el presente proyecto, se pretenderá cambiar el término 'demencia' debido a que este ha sido históricamente utilizado despectivamente, por cuanto se constituye en lenguaje discriminatorio, para lo cual se utilizará la Ley Orgánica de Discapacidades y la jurisprudencia emitida por la ex Corte Suprema de Justicia, la cual, en fecha 08 de marzo de 1976, dio la siguiente definición de la palabra 'demencia' dentro del Código Civil: "La demencia, dada la forma tan general del término, como lo consigna nuestra ley, debe entenderse que comprende a todas las enfermedades mentales capaces de privar del uso correcto de la razón y que, por tanto, vicia el consentimiento o ha privado totalmente de la posibilidad de consentir." (Gaceta Judicial 11, Serie XII, 1976)

A partir de la declaratoria de una persona en interdicción por demencia, el Código Civil prevé, en su artículo 487, lo siguiente: "El demente no será privado de su libertad personal, sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo, o cause peligro o notable incomodidad a otros. Ni podrá ser trasladado a un hospital psiquiátrico, ni encerrado, ni atado, sino momentáneamente, mientras, a solicitud del curador, o de cualquiera persona del pueblo, se obtenga autorización judicial para cualquiera de estas medidas." (Registro Oficial Suplemento 46, 2005)

Es importante identificar que el presente proyecto pretende, entre otros aspectos, reformar específicamente el artículo antes detallado, debido a que en ningún caso una persona puede ser privada de su libertad personal, encerrada ni atada, ya que eso podría constituir delito de

secuestro y tortura, tipificados en los artículos 161 y 151 del Código Orgánico Integral Penal, respectivamente.

Sin embargo, parte de dicho articulado hace referencia a que aun cuando una persona haya sido declarada en interdicción por demencia, su representante legal deberá obtener una autorización judicial para su internamiento u hospitalización, lo cual deriva en un aspecto trascendental: Nuestro ordenamiento jurídico reconoce la figura del consentimiento sustituto, mediante la cual, en caso de un paciente adulto que no tiene capacidad para tomar una decisión, quien la tomará será su representante legal; sin embargo, en el caso de que se pretenda hospitalizar o internar a un paciente declarado en interdicción por demencia, este consentimiento sustituto deberá estar complementado por una autorización judicial para tal efecto, lo cual, aun cuando se encuentra mencionado en el Código Civil, no ha sido regulado.

Esta disposición reformada, sumada con artículos que regulen el internamiento a una persona declarada en interdicción por demencia, pretende enfatizar lo que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido en su jurisprudencia: La persona con enfermedad mental conserva su derecho al consentimiento informado y, por ello, su derecho a rechazar tratamiento, además de ser informada oportunamente y de acuerdo a sus posibilidades de comprensión.

Finalmente, el presente proyecto de reforma al Código Civil tiene como objetivo poner límites al internamiento realizado a una persona declarada en interdicción por demencia, ya que, además de que se debe requerir la autorización judicial para poder internarla, también se debe informar continuamente al juzgador de la causa, en virtud de que la interdicción podrá ser revocada cuando la persona se haya recuperado intelectualmente, por el mismo Juez que declaró la interdicción.

CONSIDERANDO:

QUE, en el numeral 1 del artículo 3 de la Constitución de la República del Ecuador se establece como un deber primordial del Estado el garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución e instrumentos internacionales, en particular, entre otros, la salud.

QUE, la Norma Suprema manda, en su artículo 11, lo siguiente: “El contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio (…)”

QUE, la Carta Magna prevé, en su artículo 32, que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos.

QUE, la Constitución de la República del Ecuador estipula: "Art. 66. – Se reconoce y garantizará a las personas: (…) 2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, la alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios. (…)"

QUE, la Norma Suprema reconoce y garantiza a las personas, mediante su artículo 66, numeral 3, literales a, b y c, la integridad personal, que incluye la integridad física, psíquica y moral, una vida libre de violencia en el ámbito público y privado, así como también la prohibición de la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes.

QUE, la Constitución de la República del Ecuador establece, en su parte pertinente, lo siguiente: "Art. 66. – Se reconoce y garantizará a las personas: (…) 5. El derecho al libre desarrollo de la personalidad, sin más limitaciones que los derechos de los demás. (…)"

QUE, la Constitución de la República del Ecuador manda: "Art. 66. – Se reconoce y garantizará a las personas: (…) 10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener. (…)"

QUE, la Constitución de la República del Ecuador, en la parte pertinente de su artículo 362, establece lo siguiente: "Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes"

QUE, la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 7, literal e, especifica: "Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: (…) e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas del tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna"

QUE, la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 7, literal h, especifica: "Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: (…) h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico

y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública"

QUE, la Ley Orgánica de Discapacidades, en su artículo 6, da la siguiente definición: "Persona con discapacidad. – Para los efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, sociológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento. (…)"

QUE, en su artículo 7, la Ley Orgánica de Discapacidades da la siguiente definición: "Persona con deficiencia o condición discapacitante.- Se entiende por persona con deficiencia o condición discapacitante a toda aquella que, presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales manifestándose en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse, oír y/o ver, comunicarse, o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos."

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales expide la siguiente:

Ley Reformatoria al Código Civil, para incluir el tratamiento a personas declaradas en interdicción por discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que le impida gobernarse por sí misma

Art. 1.- En el Título XXII del Libro I del Código Civil, reemplácese las palabras "REGLAS ESPECIALES RELATIVAS A LA CURADURÍA DEL DEMENTE" por: "CURADURÍA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL O DEFICIENCIA O CONDICIÓN INTELECTUAL DISCAPACITANTE QUE NO PUEDA GOBERNARSE POR SÍ MISMA"

Art. 2.- Agréguese en el Título XXII del Libro I del Código Civil, un Parágrafo que diga lo siguiente:

"**Parágrafo 1o.**

Definiciones y reglas generales relativas a la curaduría de la persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma:

Artículo… (1). - Se entenderá como persona con discapacidad intelectual a aquella que, en los términos del artículo 6 de la Ley Orgánica de Discapacidades, como consecuencia de una o más deficiencias mentales o intelectuales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, sociológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria.

Artículo… (2). - Se entenderá como persona con deficiencia o condición intelectual discapacitante a aquella que, en los términos del artículo 7 de la Ley Orgánica de Discapacidades, presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades mentales o intelectuales, manifestándose en anomalías para integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria, limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia, el goce y ejercicio pleno de sus derechos."

Art. 3.- A continuación de los artículos innumerados a los que se refiere el artículo anterior, se ubicarán desde el artículo 478 hasta el artículo 489 del Código Civil vigente, los cuales mantendrán su numeración actual hasta ser codificados.

Art. 4.- Sustitúyase el artículo 478 del Código Civil, por el siguiente: "Art. 478.- La persona adulta con discapacidad intelectual o con deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma, podrá ser privada de la administración de sus bienes, aunque tenga intervalos lúcidos. Esta privación de la administración de sus bienes, podrá ser revocada en caso de que el juzgador corrobore, mediante peritajes médicos y psicológicos, que la persona se ha recuperado y es apta para gobernarse por sí misma. La curaduría de la persona declarada en interdicción en razón de discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que le impida gobernarse por sí misma, puede ser testamentaria, legítima o dativa."

Art. 5.- Sustitúyase el artículo 479 del Código Civil por el siguiente: "Art. 479.- Cuando la o el niño con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante haya llegado a la adolescencia, podrá el padre o la madre seguir cuidando de su persona y bienes hasta que cumpla 18 años, edad en la que deberá provocar el juicio de interdicción, demostrando en juicio que la discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que padece le impide gobernarse por sí mismo."

Art. 6.- Sustitúyase en el artículo 480 del Código Civil la palabra "demente" por el texto "con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí mismo".

Art. 7.- Sustitúyase el artículo 481 del Código Civil, por el siguiente: "Art. 481.- Podrán provocar la interdicción de la persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma las mismas personas que pueden provocar la del disipador. Deberá provocarla el tutor de la persona menor de 18 años a quien sobreviene la discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante durante la guarda. En casos excepcionales en que la discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante de la persona pudiese poner en peligro su vida o integridad física, así como las de otros, podrá también solicitar la interdicción la Autoridad Sanitaria Nacional."

Art. 8.- Sustitúyase el artículo 482 del Código Civil, por el siguiente: "Art. 482.- El juez se informará de la vida anterior y conducta habitual de la persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante, y oirá el dictamen de peritos médicos y psicológicos que deberán realizar exámenes conducentes a establecer si la persona presenta o no una discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante; y, en caso de que esta sí presente una discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante, realizarán exámenes para dilucidar su naturaleza y si esta estaría generando que la persona no pueda gobernarse por sí misma; todo lo que deberá ser informado al juzgador, por medio de interrogatorios que deberán ser evacuados como prueba en audiencia de juicio."

Art. 9.- Sustitúyase el artículo 483 del Código Civil, por el siguiente: "Art. 483.- Las disposiciones de los artículos 467 y 468 se extienden al caso de interdicción por discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que impidan a la persona gobernarse por sí misma."

Art. 10.- Sustitúyase en el artículo 484 del Código Civil, la frase "del demente" por el texto "de la persona declarada con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma"

Art. 11.- Sustitúyase el artículo 485 del Código Civil por el siguiente: "Art. 485.- Si se nombraren dos o más curadores a la persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma, deberá confiarse el

cuidado inmediato de la persona a uno de ellos, dejando a los otros la administración de sus bienes. El cuidado inmediato de la persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma, no se encomendará a persona alguna que sea llamada a heredarle, a no ser su padre, madre o su cónyuge."

Art. 12.- Sustitúyase el artículo 486 del Código Civil por el siguiente: "Art. 486.- Los actos y contratos de la persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma, posteriores a la sentencia de interdicción, serán nulos, aunque se alegue haberse ejecutado o celebrado en un intervalo lúcido. Y, por el contrario, los actos y contratos ejecutados o celebrados sin previa interdicción serán válidos, a menos de probarse que la persona que los ejecutó o celebró tenía entonces una discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que le impedía gobernarse por sí misma."

Art. 13.- Sustitúyase el artículo 487 del Código Civil por el siguiente: "Art. 487.- La persona declarada con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma, ya sea que haya sido declarada en interdicción provisional o definitiva, no podrá ser trasladada a un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial, sino solo en casos excepcionales en que el internamiento sea la única vía disponible para precautelar su vida, salud e integridad física, o las de otros, lo cual deberá ser evaluado mediante exámenes médicos y psicológicos que deberán constar en un informe escrito para ser entregados al Juzgador competente en la solicitud de autorización o ratificación de internamiento. La persona declarada en interdicción por discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que le impida gobernarse por sí misma, sólo podrá ser internada momentáneamente, mientras el curador obtenga autorización judicial para ratificar dicho internamiento. En este último caso, para internar a la persona, la entidad deberá solicitar que, en el término de tres días de ingresado el paciente, se adjunte como habilitante la solicitud ya realizada al Juzgador para la ratificación de dicho internamiento; caso contrario, se procederá con el alta inmediata del mismo."

Art. 14.- En el artículo 489 del Código Civil sustitúyase la frase "El demente" por el texto "La persona declarada en interdicción por discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que le impida gobernarse por sí misma".

Art. 15.- Agréguese en el Título XXII del Libro I del Código Civil, luego del artículo 489, un Parágrafo que diga lo siguiente:

"**Parágrafo 2o.**

Reglas especiales, relativas al internamiento a personas declaradas en interdicción por discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que le impidan gobernarse por sí misma

Artículo… (1). - El tiempo máximo por el que una persona declarada en este tipo de interdicción podrá ser internada sin autorización judicial en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial, será de tres meses. Será obligación del establecimiento de salud mental o de educación o formación especial en el que dicha persona haya sido internada, en caso de no haberse obtenido la autorización judicial en el plazo máximo de tres meses desde que inició el internamiento, dar, sin necesidad de solicitud previa, el alta de dicha persona e informar de este hecho al Juez competente.

Artículo… (2). - En la resolución en que se declare en interdicción a una persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma, el Juez deberá determinar la extensión y los límites de ésta, así como el régimen de la guarda a la que dicha persona quedará sometida, y, además, se pronunciará dentro del caso concreto sobre la necesidad de internar a la persona interdicta en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial, considerando al internamiento como una medida excepcional, en los términos del artículo 487.

Artículo… (3). - El juzgador, previamente a conceder la autorización o ratificar el internamiento, deberá oír a la persona afectada por la decisión, así como de médicos y psicólogos que demuestren que el internamiento es la única vía disponible para precautelar su vida, salud e integridad física; y escucharán a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida.

Artículo… (4). - En los casos en los que el juzgador resuelva ordenar o ratificar el internamiento, en la resolución se deberá expresar la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada para que, cada seis meses, informen sobre la necesidad de mantener dicha medida, exceptuando aquellos casos que, por la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, requieran que se informe en plazos inferiores.

Artículo… (5). - En los casos en que los facultativos que atiendan a la persona internada con este tipo de interdicción consideren que no es necesario continuar con el internamiento, estos deberán dar el alta a dicha persona y comunicar de este hecho inmediatamente al Juez competente."

Art. 16.- En el artículo 95, numeral 5, sustitúyase el texto "la persona con discapacidad intelectual que afecte su consentimiento y voluntad" por "la persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que afecte su consentimiento y voluntad."

Art. 17.- En el artículo 96, numeral 2, sustitúyase el texto "discapacidad intelectual que prive del uso de la razón" por "discapacidad intelectual o condición intelectual discapacitante que prive a la persona del uso de la razón"

Art. 18.- En el artículo 98 del Código Civil, sustitúyase la frase "un demente" por el texto "una persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma"

Art. 19.- En el artículo 103, numeral 1, sustitúyase el texto "Tenga discapacidad intelectual que le prive de conciencia y voluntad" por "Tenga discapacidad intelectual o condición intelectual discapacitante que le prive de conciencia y voluntad"

Art. 20.- En los artículos 192, segundo inciso; y, 2409, numeral 1 del Código Civil, sustitúyase la palabra "dementes" por el texto "personas con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no puedan gobernarse por sí mismas"

Art. 21.- En los artículos 256 y 1012, primer inciso, del Código Civil, sustitúyase la palabra "demente" por "persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma"

Art. 22.- En los artículos 266 y 1010, numeral 3, del Código Civil, sustitúyase el texto "en el estado de demencia" por "en estado de discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que les impida gobernarse por sí mismos"

Art. 23.- En el artículo 496 del Código Civil, sustitúyase el texto "del demente" por "la persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma"

Art. 24.- Sustitúyase el numeral 3 del artículo 518 del Código Civil, por el siguiente: "Las personas con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no puedan gobernarse por sí mismas, aunque no estén bajo interdicción"

Art. 25.- Sustitúyase el artículo 530 del Código Civil, por el siguiente: "La discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que le impida gobernarse por sí mismo al tutor o curador, viciará de nulidad todos los actos que durante ella hubieren ejecutado, aunque no hayan sido puestos en interdicción"

Art. 26.- Sustitúyase en el último inciso del artículo 1012 del Código Civil la frase "el demente" con el texto "la persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no pueda gobernarse por sí misma"

Art. 27.- Sustitúyase en los artículos 1043, numeral 2; 1231, numeral 2; 1602 del Código Civil la palabra "demencia" por "discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que le impida gobernarse por sí mismo"

Art. 28.- En los artículos 738, segundo inciso; 1463 y 2219 del Código Civil, sustitúyase la frase "los dementes" por "las personas con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante que no puedan gobernarse por sí mismas"

DISPOSICIÓN FINAL

ÚNICA. – La presente Ley entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Registro Oficial.

CONCLUSIONES

La presente disertación ha tratado lo relativo a las distintas aristas de los trastornos de la conducta alimentaria, comenzando por la comprensión global de lo que estos implican en términos médicos, para, posteriormente, desarrollar la problemática jurídica que estos involucran. Por lo que, en el presente acápite se establecerán las conclusiones del presente trabajo investigativo:

Primera

Los trastornos de la conducta alimentaria, caracterizados por generar una escasa o nula conciencia de la enfermedad, afectan la actividad volitiva de la persona que los padece y, en consecuencia, tendrán incidencia en su capacidad legal.

Segunda

Los trastornos de la conducta alimentaria son el producto final de factores de riesgo predisponentes, desencadenantes y perpetuantes. Entre los factores predisponentes, destaca la influencia de la publicidad, moda y medios masivos de comunicación como factores sociales y culturales, ya que incluso estos son los difusores característicos de la transmisión vertical.

En el Ecuador se ha pretendido regular y disminuir el impacto de los medios de comunicación social tradicionales (como la televisión, por ejemplo) en las personas receptoras, especialmente de los niños, niñas y adolescentes, a través de la Ley Orgánica de Comunicación, en la cual se prevé que ninguna persona natural o jurídica que participe en el proceso de comunicación deberá incitar a que dicho grupo de atención prioritaria imite comportamientos perjudiciales o peligrosos para su salud (artículo 10, numeral 2, literal a), como son las conductas anómalas de la alimentación para la consecución de la delgadez extrema.

Para respaldar dicha disposición, en el artículo 32 de dicha Ley se estipula que la difusión de contenidos que vulneren los derechos de los niños, niñas y adolescentes (entre ellos el derecho a la información, el cual es garantizado a través de la prohibición expresa a medios de comunicación social de emitir información que, aprovechándose de la falta de madurez de la niñez y adolescencia, induzcan a comportamientos perjudiciales o peligrosos para la salud; contenida en el artículo 46, numeral 2 del Código de la Niñez y de la Adolescencia), será sancionado administrativamente por la Superintendencia de la Información y Comunicación.

Adicionalmente, en la Ley Orgánica de Comunicación también se regula lo relativo a la publicidad, de lo que se infiere que en caso de publicidad que haga apología de los trastornos de la conducta alimentaria y, por tanto, induzca comportamientos perjudiciales o peligrosos para la salud de niños, niñas y adolescentes, esta podría ser sancionada por la Superintendencia de la Información y Comunicación.

Ahora bien, el Código de la Niñez y Adolescencia prevé que, en caso de incumplimiento de las prohibiciones relativas al derecho a la información de la niñez y adolescencia, esta se constituiría en una infracción que sería juzgada y resuelta por la Junta de Protección del cantón en que se cometió la infracción. Sin embargo, en virtud del principio *non bis in ídem*, una misma publicación o propaganda emitida por un medio de comunicación social no podría ser sancionada administrativamente más de una vez, por lo que, quien tendría competencia entre la Junta Cantonal de Protección de Derechos (regulada dentro del Código de la Niñez y Adolescencia) y la Superintendencia de la Información y Comunicación (regulada dentro de la Ley Orgánica de Comunicación), para conocer la causa y sancionar al medio de comunicación por alguna publicación o propaganda que haga apología de los TCA e induzca a la niñez y adolescencia a conductas peligrosas o nocivas para su salud, sería la autoridad que prevenga en el conocimiento de la causa.

Tercera

Los blogs Pro-Ana y Pro-Mia son escritos y compartidos, en su mayoría, por las mismas personas que padecen anorexia y bulimia nerviosas, en ejercicio de su derecho a la libertad de expresión, por cuanto estas páginas constituirían un discurso especialmente protegido por configurarse en un elemento de la identidad personal de quien se expresa.

Adicionalmente, el sector poblacional receptor de estas páginas web se caracteriza por carecer de discernimiento necesario para diferenciar qué información es fiable y cuál podría resultar nociva para su salud, ya que, en su mayoría, son personas menores de 18 años (niños, niñas y adolescentes), personas que padecen o han padecido un trastorno alimenticio y personas que presentan factores de riesgo predisponentes o perpetuantes de dichos trastornos; además de que, tal como se detalla en estudios realizados aplicables al Ecuador, la mayoría de niños, niñas y adolescentes, navegan en internet sin supervisión, lo que aumenta el riesgo de que accedan y confíen en información sesgada sin tener conciencia de que no es información confiable.

Ahora bien, existe una prohibición de censura previa reconocida en el artículo 18 de la Ley Orgánica de Comunicación y que en nuestra legislación cobija a los medios de comunicación social (medios tradicionales); sin embargo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha sugerido que esta prohibición debe cobijar de igual manera tanto a los medios de comunicación tradicionales como a las expresiones difundidas en internet, ya que existe una presunción de cobertura del derecho a la libertad de expresión.

Por ello, para desvirtuar esa presunción de cobertura y limitar la libertad de expresión a través de responsabilidades ulteriores, se requiere cumplir con un 'test tripartito' (las responsabilidades ulteriores deben estar definidas en una ley formal y material, ser declaradas por una autoridad jurisdiccional respetando las garantías del debido proceso y estar orientadas, entre otros logros, a la protección de la salud pública; además, deberán ser necesarias, idóneas y estrictamente proporcionadas a la finalidad perseguida).

Una vez analizado el cierre definitivo de estas páginas web en virtud de la protección de la salud pública (específicamente de la niñez y adolescencia), como una medida de responsabilidad ulterior, se concluye que esa no sería una medida proporcional, ya que se estaría vulnerando el derecho a la libertad de expresión de discurso especialmente protegido, además de que sería un inconveniente la aplicación del debido proceso para cada una de estas páginas web Pro-Ana y Pro-Mía, ya que muchas de ellas están fuera del país.

Es por ello que, en aplicación de la progresividad de derechos reconocidos dentro del Código de la Niñez y Adolescencia, en concordancia a lo que establece la Ley Orgánica de Telecomunicaciones, podría imponerse medidas normativas mediante las que se disponga el bloqueo o restricción de acceso de niños, niñas y adolescentes a estas páginas web, lo cual podría incluso conseguirse a través de la disposición a las plataformas que las albergan de que utilicen cuentas cerradas mediante las cuales, una vez acreditado que la persona receptora de los contenidos es mayor de cierta edad límite, podrá entrar; de lo contrario el acceso se encuentra restringido.

Cuarta

El tratamiento de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa es multidisciplinario y, en ocasiones, podría durar años debido a la profundidad e intensidad de las alteraciones psicológicas, por lo que los derechos que deben ser garantizados a la persona que está siendo tratada durante todo el tratamiento, son: Derecho al libre desarrollo de la personalidad, derecho

a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud, derecho al consentimiento informado y derecho a la confidencialidad de la información.

Uno de los tres elementos del consentimiento informado está conformado por los elementos mínimos o condiciones previas, que son la capacidad y voluntariedad.

Por lo que, en nuestro país se ha regulado, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, en Acuerdo Ministerial 5316, el consentimiento informado por representación o por delegación en adultos, en los casos en que el paciente adulto no tenga la capacidad para tomar una decisión y el que la tome sea su representante legal, tutor o curador; lo cual no exime de que se informe al paciente respecto de la intervención o tratamiento a realizarse sobre él (de un modo adecuado para sus posibilidades de comprensión).

Para tales efectos, en esta disposición se prevé que este tipo de consentimiento informado va a proceder en caso de los pacientes adultos que no tengan capacidad, por cuanto, mientras no haya sido declarada en interdicción la persona mayor de 18 años con anorexia o bulimia nerviosas, esta conserva su presunción de capacidad intacta, por lo cual podría rechazar el tratamiento, aun cuando el rechazarlo suponga un peligro para su salud, integridad física e incluso su vida, ya que no hablamos de una circunstancia de emergencia.

Sin embargo, una persona declarada en interdicción por demencia conserva su derecho a rechazar un tratamiento o intervención médica, por lo que, para internar a dicha persona y someterle a tratamiento, se requiere de autorización judicial.

Por otro lado, respecto a los niños, niñas y adolescentes, acorde al artículo 45 de la Constitución de la República del Ecuador, estos, además de ser titulares de los derechos comunes del ser humano, tienen derechos específicos de su edad, entre los cuales encontramos: El derecho al cuidado y protección de su vida desde la concepción, el respeto de su libertad y dignidad y el derecho a ser consultados en los asuntos que les afecten, siempre atendiendo al principio de su interés superior.

Ahora bien, el Ministerio de Salud ha regulado, en Acuerdo Ministerial 5316 el consentimiento informado por representación legal (sustituto), mediante el cual quien suscribe el consentimiento informado es el padre, madre, su tutor o curador.

En dicha norma se especifica que, en el caso de los adolescentes, el profesional de la salud debe informarle al menos de manera verbal, utilizando términos sencillos, claros y con

calidez, respecto al procedimiento médico que se le va a aplicar (adicionalmente al consentimiento informado escrito de sus padres o representantes legales).

Esta norma no establece expresamente la obligación de informar al niño o niña respecto al procedimiento médico que se le va a aplicar; sin embargo, acorde al artículo 60 del Código de la Niñez y Adolescencia, tanto los adolescentes, como los niños y niñas, tienen derecho a ser consultados en todos los asuntos que les afecten.

Tomando la doctrina del menor maduro, los niños, niñas y adolescentes cuyo nivel de madurez suficiente se haya valorado, tienen derecho a ser consultados; sin embargo, en caso de que exista un disentimiento entre lo que ellos deciden y lo que sus padres o representantes legales consideran, es el facultativo de la salud el que deberá dirimir esta situación y aplicar lo que considere más apegado al interés superior del niño, niña o adolescente.

En el caso de los pacientes menores de edad que no hayan alcanzado la madurez psicológica, como el caso de los infantes, no se requeriría que este apruebe el procedimiento médico. De esto se desprende que no todos los niños, niñas y adolescentes se encuentran en posibilidad de decidir sobre cuestiones tan trascendentales que afecten su salud o desarrollo vital.

Quinta

Los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran entre las 10 causas más frecuentes de incapacidad entre mujeres y poseen el índice de mortalidad más alto de todos los trastornos mentales; afirmación que corrobora que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa implican un alto riesgo para la vida de la persona que las padece. Subsecuentemente, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son patologías con curso crónico. Además, respecto al valor mensual del tratamiento de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, este supera al valor de una canasta familiar vital. Por tanto, la anorexia y bulimia nerviosas sí cumplen con criterios de inclusión de las enfermedades catastróficas, establecidas en el artículo 295 de la Ley Orgánica de Salud.

Sexta

En la Ley Orgánica de Salud vigente, artículo 6, numeral 19, se estipula expresamente la obligación del Ministerio de Salud Pública de emitirá las políticas públicas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo la prevención de alteraciones provocadas por

desórdenes alimentarios. Esta norma se derogaría con el Código de la Salud que está siendo tramitado en la Asamblea Nacional; sin embargo, considerando la lectura de los artículos 30, 31, 34, 79 y 112 de dicha Proyecto, se colige que la obligación de emitir políticas públicas para la prevención de dichos trastornos seguiría siendo una responsabilidad del Ministerio de Salud Pública.

Séptima

La palabra "demencia" utilizada dentro del Código Civil ha sido tratada con amplitud dentro de la jurisprudencia ecuatoriana, de lo que se colige que en dicho término estarían incluidas tanto las personas con discapacidad intelectual, como las personas con deficiencia o condición intelectual discapacitante, en los términos de la Ley Orgánica de Discapacidades.

Además, la palabra "demencia" debe ser reformada en los términos de la Ley Orgánica de Discapacidades debido a que ha sido utilizada históricamente como un término despectivo y, por tanto, implica un lenguaje discriminatorio.

Sin embargo, aun cuando la anorexia y bulimia nerviosas sean condiciones intelectuales discapacitantes, lo que debe probarse durante el juicio de interdicción, además del padecimiento del trastorno, es que este le impide a la persona gobernarse por sí misma y, por tal consideración, requiere que se le asigne un curador para su cuidado y de sus bienes. Por ello es que la interdicción es una figura jurídica que debe ser excepcionalmente utilizada, para evitar abusos.

Por otro lado, el artículo 487 del Código Civil, en el cual se habilitaría la posibilidad de atar o encerrar a una persona con discapacidad intelectual o deficiencia o condición intelectual discapacitante, es contrario a derechos y, por tanto, inconstitucional.

RECOMENDACIONES

Una vez especificadas las conclusiones de la presente disertación, procederé a realizar las recomendaciones pertinentes relativas a las problemáticas jurídicas de la anorexia y bulimia nerviosas, las cuales fueron desarrolladas a lo largo de este trabajo investigativo.

Primera

Aplicar medidas normativas para la restricción de acceso de personas menores de cierta edad límite a blogs Pro-Ana y Pro-Mia, para lo cual se tendrá que considerar la progresividad de derechos de la niñez y adolescencia. A lo cual se sugiere se sumen medidas educativas mediante las cuales, en las escuelas y colegios, se les instruya a los niños, niñas y adolescentes respecto al riesgo que constituyen estas herramientas de la comunicación que hacen apología de los trastornos de la conducta alimentaria.

Se sugiere que dicha restricción de acceso a los blogs, vlogs y foros Pro-Ana y Pro-Mia se realice a través de la disposición a las plataformas que los albergan de instaurar cuentas cerradas mediante las cuales las personas que no acrediten tener una edad mínima no puedan acceder al contenido de las mismas; lo cual se fundamenta en la garantía prevista en el literal e) del artículo 47 del Código de la Niñez y Adolescencia de impedir la difusión de información inadecuada para niños, niñas y adolescentes, en virtud de la protección de su indemnidad intelectual y psíquica, ya que estas páginas web inducen comportamientos perjudiciales y peligrosos para su salud.

Segunda

Realizar un estudio a través del Ministerio de Salud Pública para establecer el nivel de incidencia que tienen los blogs Pro-Ana y Pro-Mia como factores predisponentes y perpetuantes de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en la población ecuatoriana, ya que no se podría imponer una restricción *ex-ante* a estas páginas web.

Tercera

Declarar a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa como enfermedades catastróficas a la luz de lo establecido en el artículo 295 de la Ley Orgánica de Salud; con lo cual, las personas

con estos trastornos de la conducta alimentaria serían considerados un grupo de atención prioritaria, conforme al artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador.

Cuarta

Regular para que, utilizando la doctrina del menor maduro, una vez considerado el nivel de madurez del niño, niña y adolescente, estos sean informados y posteriormente consultados, para, adicionalmente, pedir la convalidación de esta decisión por parte de los padres o representantes legales. Y, en caso de que exista una disputa entre lo que el niño, niña o adolescente ha decidido y lo que sus padres o representantes legales consideran, esto deberá ser dirimido por la autoridad médica independiente en virtud del principio de mejor interés del niño, niña o adolescente.

Quinta

Aplicar medidas preventivas, produciendo y emitiendo, a nivel nacional, nuevos episodios en la franja de televisión educativa denominada EDUCA-TELEVISIÓN PARA APRENDER, mediante los cuales el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación doten de información veraz y actualizada a la ciudadanía respecto de los trastornos de la conducta alimentaria, sus factores de riesgo y consecuencias.

Sexta

Crear, a través del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, guías para que los docentes de las escuelas y colegios conozcan respecto a los factores de riesgo de los TCA y sepan cómo actuar en los primeros momentos en que sospechan que un alumno o alumna padece anorexia o bulimia nerviosas.

Séptima

Tomando el ejemplo de España, que, través de su Ministerio de Sanidad y Consumo, desarrolló una campaña de prevención mediante la cual utilizó el testimonio de una actriz y modelo muy conocida a nivel nacional; generar en Ecuador, a través del Ministerio de Salud Pública, campañas direccionadas a la prevención de anorexia y bulimia nerviosas; utilizando el testimonio de personajes públicos, para generar empatía con la ciudadanía y difundir información veraz.

Octava

Crear una norma técnica para aunar criterios de atención de anorexia y bulimia nerviosas, así como establecer las instituciones y hospitales públicos a los que se podrá referir para tratar a los pacientes que presenten un cuadro de anorexia o bulimia nerviosas; además de generar acuerdos con entidades privadas para que el Estado cubra el tratamiento de las personas con algún TCA (al menos en un porcentaje).

Novena

Tomando el caso de Chile, donde se instauró una política para realizar un estudio estadístico con el objetivo de tener una real dimensión de los TCA en ese país, así como también el caso de Argentina que, teniendo tan elevados índices de anorexia y bulimia nerviosas, adoptó como política pública la obligatoriedad de las instituciones médicas, públicas y privadas, de llevar un registro estadístico de pacientes con TCA; incorporar en Ecuador la obligatoriedad de las instituciones médicas, públicas y privadas, de llevar un registro estadístico de pacientes con TCA y comunicar los casos de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa al Ministerio de Salud Pública, para que se haga un estudio estadístico a nivel nacional.

Décima

Tomando el ejemplo de la Provincia argentina de Entre Ríos en que se creó un programa para la difusión de información de los TCA a través de facturas de la Empresa Pública de Energía de Entre Ríos; el Ministerio de Salud Pública emita, en conjunto con las empresas de suministro de servicios públicos (como es, por ejemplo, la Empresa Eléctrica Quito), en sus facturas que son de difusión masiva, información básica respecto a los TCA dirigida a la ciudadanía.

Onceava

Reformar dentro del Código Civil el término “demencia”, ya que este implica lenguaje discriminatorio; el cual deberá, además, ser reformado para que abarque tanto a las personas con discapacidad intelectual, como a aquellas con deficiencia o condición intelectual discapacitante, en los términos de la Ley Orgánica de Discapacidades; añadiendo como requisito para la declaratoria de interdicción el que la persona no pueda gobernarse a sí misma debido al trastorno que padece (lo que deberá demostrarse con un peritaje médico-psicológico)

Doceava

Regular respecto a la autorización judicial de internamiento a una persona declarada en interdicción por deficiencia o condición intelectual discapacitante que le impida gobernarse por sí misma; y respecto a la información obligatoria que debe ser enviada al Juez que conoció de la causa de interdicción, cada cierto tiempo, para llevar un control de la medida de internamiento (la cual debe ser regulada como una medida excepcional).

Treceava

Reformar la disposición contenida en el artículo 487 del Código Civil, de tal forma que su contenido sea constitucional y acorde a derechos humanos, complementándose con mayor regulación (y control) respecto a la autorización y ratificación judicial para internamiento de una persona declarada en interdicción por discapacidad intelectual o condición intelectual discapacitante que le impida gobernarse por sí misma, para, de esa forma, constituirse en una medida para evitar arbitrariedades por parte de los curadores; ya que, actualmente, dicha disposición avala el que se encierre o ate (momentánea e indefinidamente) a la persona declarada en interdicción, lo cual podría constituir delito de secuestro e incluso delito de tortura tipificados en los artículos 161 y 151 del Código Orgánico Integral Penal.

ANEXOS

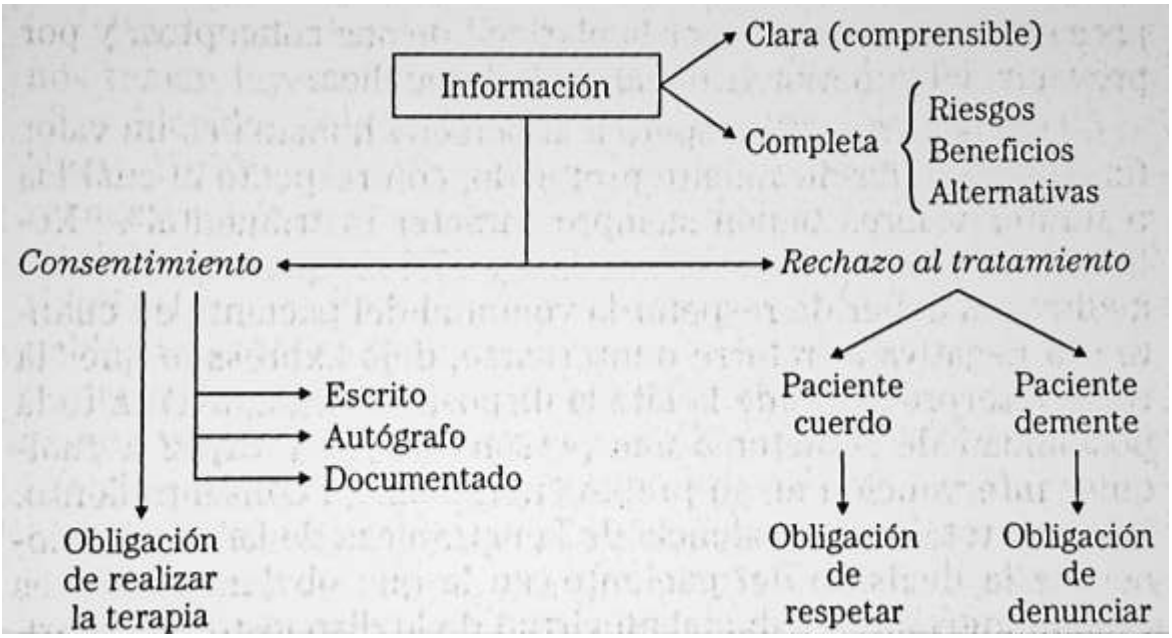
ANEXO No. 1:

Modelo propuesto por Dahlgren y Whitehead y adoptado por Acheson en 1991.

Nota: Tomado de Universidad Alas Peruanas, 2012, pág. 15.

ANEXO No. 2:

Obligación del médico



Nota: Tomado de Rabinovich-Berkman, 1999, pág. 79.

ANEXO No. 3:

Costo etapa evaluativa e información de tratamiento en Centro AIDA (Atención Interdisciplinaria para desórdenes en Adolescentes, Adultos, Niños y Familia), Chile.

PAUTA DE INICIO DE TRATAMIENTO, CENTRO AIDA

La filosofía del centro AIDA está centrada en el tratamiento multidisciplinario, especializado y basado en la evidencia de los trastornos de la conducta alimentaria.

El primer paso que se realiza en el centro AIDA es una evaluación integral, es decir una sesión con los distintos profesionales entrenados en el área de los desórdenes alimenticios, como son:
Psiquiatra, Psicóloga y Nutricionista; en algunos casos es necesario adicionar una evaluación familiar y/o de Pareja, de modo de poder contar con un panorama más detallado del caso, para hacer un buen diagnóstico y plantear una estrategia de tratamiento.

Los precios de la sesión con cada una de las profesionales en etapa evaluativa son:

Psiquiatra: $80.000.-
Psicóloga: $45.000.-
Nutricionista: $40.000.-
Evaluación Familiar: $60.000.-
Evaluación Pareja: $50.000.-

Después de cada evaluación integral, el equipo multidisciplinario se reúne y cita nuevamente al paciente y su familia para una devolución (esta sesión es sin costo) para informar sobre el diagnóstico, pronóstico del cuadro y el tratamiento a seguir. Los tiempos de tratamiento son relativos y dependen de cada paciente, partiendo de este punto se genera un programa en el que puede variar la cantidad de sesiones con cada una de las profesionales, el tiempo de tratamiento inicial es de tres meses, el cual se renueva según los avances del paciente, es decir es un tratamiento diseñado a la medida.

El centro AIDA maneja diferentes formas de pago para sus tratamientos:
- Efectivo (contado)
- Transferencia bancaria
- Cheque (documentado)

Se hacen descuentos dependiendo de la forma de pago:
Descuento del 7% cuando se hace el pago total del tratamiento al día
Descuento del 5% cuando se hace pago documentado (cheque) uno al día y otro a 30 días.

Centro AIDA no tiene convenios con ninguna Isapre ni con Fonasa.
Centro AIDA no hace devoluciones de dinero.

Centro AIDA
Isla de pascua 1370 – Vitacura
Fono 229538110 – contacto@centroaida.cl

Nota: Tomado de correo electrónico recibido el día 13 de marzo de 2018 desde el e-mail contacto@centroaida.cl, perteneciente al Centro AIDA.

ANEXO No. 4:

ENTREVISTA REALIZADA A PSICÓLOGA CLÍNICA:
DRA. CECILIA MERA, EN FECHA 21 DE FEBRERO DEL 2018.

Buenos días, para iniciar la entrevista ayúdeme por favor con sus nombres, área de especialización y cargo actual.

"Buenos días, mi nombre es Dra. Cecilia Alexandra Mera Montero y soy psicóloga clínica con cargo actual de terapeuta familiar en consultorio privado."

Una vez especificados estos datos iniciales y dando inicio a la entrevista, quisiera poner a su consideración el concepto normativo de enfermedades catastróficas:

ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación. Generalmente cuentan con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (3)
• **a.** Que implique un alto riesgo para la vida de la persona. • **b.** Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente • **c.** Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado por el Ministerio de Salud (aprox. $497,83)

Ahora, tomando dichas definiciones y criterios, quisiera que por favor me ayude respondiendo las siguientes preguntas respecto a la definición y criterios de las enfermedades catastróficas:

1. **¿Considera usted que la anorexia y bulimia nerviosas implican un alto riesgo para la vida de la persona que las padece?** "*Sí. En efecto, la anorexia y la bulimia, debido a las secuelas y trastornos comórbidos que presentan, implican un alto riesgo para la vida de los pacientes que las presentan."*

2. **¿La anorexia y bulimia nerviosas son enfermedades crónicas?** *"Sí. No olvidemos que la anorexia y la bulimia son trastornos que, si no son tratados a tiempo o no se utiliza un tratamiento adecuado, podrían perpetuarse."*
3. **¿La atención de anorexia y bulimia nerviosas es, en sí misma, emergente?** *"La anorexia y bulimia van a traer consigo una lista de consecuencias fisiológicas en los pacientes que las padecen y muchas veces serán esas consecuencias las que requieran atención emergente. Pero, salvo ciertos casos extremos, la anorexia y bulimia no ameritan atención de emergencia, aunque lo óptimo es que sean detectadas y tratadas a tiempo."*
4. **¿El tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas puede ser programado?** *"Sí. Esto se debe a que el tratamiento debe ser integral y multidisciplinario, lo que ameritará que el tratamiento sea brindado por un equipo de profesionales y, por tanto, requiera de programación previa."*
5. **¿Cuál es el valor promedio del tratamiento mensual de anorexia y bulimia nerviosas?** *"El costo económico aproximado considero sería de 1000 dólares americanos entre psicólogo, gastroenterólogo y nutriólogo."*
6. **¿La anorexia y bulimia nerviosas cuentan con cobertura por parte de las aseguradoras?** *"No. Realmente no conozco ninguna aseguradora que cubra específicamente los tratamientos para anorexia y bulimia."*
7. **¿El Estado ecuatoriano tiene cobertura, total o parcial, para el tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas en alguno de los hospitales públicos u otras instituciones estatales?** *"El estado no posee una cobertura para el tratamiento de estos trastornos, ya que no provee un tratamiento con el enfoque multidisciplinario que se requiere. Pero lo que sí está en capacidad actual de cubrir son las secuelas o consecuencias que estos trastornos tienen en el organismo de quien los padece."*
8. **¿Existen hospitales de día para anorexia y bulimia nerviosas en el Ecuador?** *"No. Actualmente no existe ningún hospital de día para anorexia y bulimia en nuestro país."*
9. **¿Existen entidades especializadas donde se pueda internar u hospitalizar a una persona con anorexia y bulimia nerviosas? ¿Son públicas o privadas?** *"En el Ecuador sí han existido propuestas de centros especializados en anorexia y bulimia, donde se podía internar, de ser extremadamente necesario, a una persona con un TCA. Pero estas propuestas han sido netamente privadas, nunca públicas."*
10. **Una vez agotadas las preguntas respecto de la definición y criterios de inclusión de las enfermedades catastróficas, ¿considera usted que la anorexia nerviosa y la**

bulimia nerviosa pueden encuadrarse dentro de esa definición legal? *"Considerando los criterios para considerar una enfermedad catastrófica, considero que la anorexia y bulimia sí podrían ser incluidas dentro de ese grupo."*

11. **Ahora bien, respecto al tratamiento y recuperación de una persona con un TCA, podría especificarme ¿en qué consiste básicamente el tratamiento de anorexia nerviosa y de bulimia nerviosa?** *"El tratamiento de la anorexia y bulimia va a consistir principalmente en tratamiento médico, fármaco terapia, terapia nutricional, terapia psicológica (que incluye psicoterapia, apoyo psicológico clínico, terapia grupal y terapia familiar); y, en los casos de pacientes que estén arriesgando su vida, el internamiento."*
12. **Cuando The Center estaba funcionando en la ciudad de Quito, ¿tuvieron algún caso en que la persona anoréxica o bulímica negaba que tuviese algún trastorno y, por tanto, se resistía o negaba a ser tratada?** *"Sí. Recordemos que muchos pacientes llegan a terapia en una etapa de negación del trastorno. Sin embargo, tengo conocimiento de que The Center ya no está funcionando en la ciudad de Quito."*
13. **¿Cómo proceder ante esta situación?** *"Realizando un proceso de auto evaluación para que el propio paciente acepte que tiene un trastorno de la conducta alimentaria."*
14. **¿En el rango de qué edades se encontraban las pacientes que ustedes atendían en The Center?** *"El rango de edades variaba entre hombres y mujeres. El rango de edades de mujeres adultas iba desde los 20 años hasta los 50 años, mientras que el rango de edades de hombres oscilaba entre los 20 a 40 años. Sin embargo, la mayoría de pacientes suelen ser adolescentes de entre los 11 y 17 años."*
15. **¿Dentro de cuánto tiempo se va a comenzar a evidenciar una recuperación en una persona que está en tratamiento?** *"Va a comenzar a evidenciarse una recuperación después de los 6 meses de haber iniciado el proceso. Pero sí se requiere seguir con el tratamiento hasta la normalización total de los hábitos alimenticios y posteriores al tratamiento, lo que podría durar incluso más de 2 años."*
16. **¿Cómo funciona el tratamiento especial para las familias de los enfermos de TCA?** *"Consiste básicamente en terapias familiares, apoyo psicológico y acompañamiento del nutriólogo para brindar la mayor cantidad de información a los familiares del paciente y que estos no confundan el trastorno con un capricho de no querer comer."*

Le agradezco de sobremanera su ayuda con esta entrevista.

ANEXO No. 5:

ENTREVISTA REALIZADA A PSICÓLOGA CLÍNICA:
DRA. GLADYS GUZMÁN, EN FECHA 04 DE MARZO DEL 2018.

Buenos días, para iniciar la entrevista ayúdeme por favor con sus nombres, área de especialización y cargo actual.

"Mi nombre es Gladys Guzmán, soy psicóloga clínica graduada en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador hace 18 años y actualmente estoy encargada del área clínica en The Center, centro especializado en tratar trastornos alimenticios desde hace más de 15 años en el país."

Una vez especificados estos datos iniciales y dando inicio a la entrevista, quisiera poner a su consideración el concepto normativo de enfermedades catastróficas:

ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación. Generalmente cuentan con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (3)
• **a.** Que implique un alto riesgo para la vida de la persona. • **b.** Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente • **c.** Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado por el Ministerio de Salud (aprox. $497,83)

Ahora, tomando dichas definiciones y criterios, quisiera que por favor me ayude respondiendo las siguientes preguntas respecto a la definición y criterios de las enfermedades catastróficas:

1. **¿Considera usted que la anorexia y bulimia nerviosas implican un alto riesgo para la vida de la persona que las padece?** *"La anorexia nerviosa y la bulimia son enfermedades que ponen en riesgo la vida del paciente. En la anorexia físicamente se ve el deterioro físico que sufre la persona, mientras que, en la bulimia, por estar*

presente la conducta de vomitar, puede presentarse un ataque cardíaco, por la pérdida de potasio. Por ello es que sí considero que tanto la anorexia como la bulimia implican un alto riesgo para la vida de quien las padece."

2. **¿La anorexia y bulimia nerviosas son enfermedades crónicas?** *"Sí. Estas son consideradas enfermedades crónicas porque no existe una "curación", sino que solo hay un manejo más adecuado de los síntomas, que permite a las personas que la padecen mejorar su estilo de vida."*
3. **¿La atención de anorexia y bulimia nerviosas es, en sí misma, emergente?** *"La atención de la anorexia y bulimia debe ser de forma integral por un grupo de profesionales de diferentes áreas y debe realizarse de manera urgente, debido al riesgo que existe sobre la vida del paciente y el estado emocional que lo rodean. Pero, hay que diferenciar la urgencia de la emergencia, porque hay que identificar que la anorexia y bulimia son trastornos progresivos y siempre se recomienda un tratamiento temprano para parar esa progresividad. Pero su tratamiento generalmente no va a implicar una emergencia, a menos que estemos frente a un cuadro de inanición o de un paro cardíaco o ya existan fallas en órganos internos generadas por estos trastornos."*
4. **¿El tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas puede ser programado?** *"Los tratamientos de anorexia y bulimia deben ser evaluados, programados de forma individual y tomando en cuenta algunas áreas de trabajo: Médica, psicológica, psiquiátrica y nutricional"*
5. **¿Cuál es el valor promedio del tratamiento mensual de anorexia y bulimia nerviosas?** *"Al involucrar a varios profesionales, el valor puede variar. Pero, en promedio, hablamos de 500 dólares mensuales aproximadamente."*
6. **¿El Estado ecuatoriano tiene cobertura, total o parcial, para el tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas en alguno de los hospitales públicos u otras instituciones estatales?** *"No existe cobertura del Estado ecuatoriano para el tratamiento de trastornos alimenticios. Existe la posibilidad de que sean atendidos por el IESS, pero no de forma integral, sino por padecimientos que son resultado del trastorno, como la ansiedad, depresión o baja de peso y son enviados para cita con psiquiatra o nutrición."*
7. **¿La anorexia y bulimia nerviosas cuentan con cobertura por parte de las aseguradoras?** *"No. No existe la cobertura para la anorexia y bulimia por parte de las aseguradoras."*

8. **¿Existen hospitales de día para anorexia y bulimia nerviosas en el Ecuador?** *"No hay hospitales del día para atender a los pacientes con anorexia y bulimia."*
9. **¿Existen entidades especializadas donde se pueda internar u hospitalizar a una persona con anorexia y bulimia nerviosas? ¿Son públicas o privadas?** *"No existe una institución pública o privada especializada en donde se pueda internar a estos pacientes"*
10. **Una vez agotadas las preguntas respecto de la definición y criterios de inclusión de las enfermedades catastróficas, ¿considera usted que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa pueden encuadrarse dentro de esa definición legal?** *"Sí. Considero que la anorexia y la bulimia cumplen con los criterios normativos y sí deberían estar consideradas dentro de las enfermedades catastróficas."*
11. **Ahora bien, respecto al tratamiento y recuperación de una persona con un TCA, podría especificarme, por favor ¿en qué consiste básicamente el tratamiento de anorexia nerviosa y de bulimia nerviosa?** *"Lo primero es evaluar en qué estado llega el o la paciente. Se evalúa las siguientes áreas: Psicológica, médica, nutricional y, de ser necesario, la psiquiátrica. Con la evaluación se realiza un estudio para definir el tratamiento a seguir. El trabajo es en terapia psicológica, individual, familiar, terapia nutricional, evaluaciones constantes en el área médica y tratamiento farmacológico de ser necesario."*
12. **Cuando The Center estaba funcionando en la ciudad de Quito, ¿tuvieron algún caso en que la persona anoréxica o bulímica negaba que tuviese algún trastorno y, por tanto, se resistía o negaba a ser tratada? ¿Cómo proceder ante esta situación?** *"Primero quisiera enfatizar en que los profesionales seguimos trabajando, aunque la administración de The Center esté realizando una reestructuración. Por otro lado, sí tuvimos esos casos, ya que no todos los pacientes tienen consciencia del padecimiento que tienen. La mayoría llega en estado de negación y son los miembros de la familia los que solicitan ayuda. Se inicia el tratamiento trabajando con la persona para que pueda asumir que su relación con la comida es poco saludable. Ahí entra el profesional de la psicología, nutricionista, médico y terapias grupales, ya que es más fácil darse cuenta que otros tienen dificultades que uno mismo."*
13. **¿En el rango de qué edades se encontraban las pacientes que ustedes atendían en The Center?** *"Las personas que hemos atendido están dentro del rango de los 8 años hasta los 35 años."*

14. **¿Dentro de cuánto tiempo se va a comenzar a evidenciar una recuperación en una persona que está en tratamiento?** *"Depende de la aceptación que cada paciente tenga en su padecimiento, pero alrededor de los 9 a 18 meses podemos ver cambios positivos en sus hábitos alimenticios."*
15. **¿Cómo funciona el tratamiento especial para las familias de los enfermos de TCA?** *"Las familias deben iniciar un proceso de terapia. Es el espacio mediante el cual la familia trabaja sobre sus vínculos, la forma en la que manejan el tema alimenticio y las dinámicas que han dado como resultado el que se presente este síntoma en un miembro del grupo familiar. Es un espacio para conocer la mejor forma de apoyar al paciente."*

Le agradezco de sobremanera su ayuda con esta entrevista.

ANEXO No. 6:

ENTREVISTA REALIZADA A PSICÓLOGO CLÍNICO:
DR. EDUARDO TORRES, EN FECHA 05 DE MARZO DEL 2018.

Buenos días, para iniciar la entrevista ayúdeme por favor con sus nombres, área de especialización y cargo actual.

"Mi nombre es Eduardo Torres y soy Psicólogo Clínico."

Una vez especificados estos datos iniciales y dando inicio a la entrevista, quisiera poner a su consideración el concepto normativo de enfermedades catastróficas:

ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación. Generalmente cuentan con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (3)
• **a.** Que implique un alto riesgo para la vida de la persona. • **b.** Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente • **c.** Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado por el Ministerio de Salud (aprox. $497,83)

Ahora, tomando dichas definiciones y criterios, quisiera que por favor me ayude respondiendo las siguientes preguntas respecto a la definición y criterios de las enfermedades catastróficas:

1. **¿Considera usted que la anorexia y bulimia nerviosas implican un alto riesgo para la vida de la persona que las padece?** *"Sí. En la actualidad está considerada como la enfermedad mental más riesgosa para la vida de las personas quienes las padecen."*
2. **¿La anorexia y bulimia nerviosas son enfermedades crónicas?** *"Por supuesto, debido a la dificultad que presenta para su evaluación y diagnóstico, y más aún para su debido tratamiento, pues se conoce poco sobre tratamientos que hayan sido efectivos para su curación, por lo que se puede lograr mejorar su condición, pero a largo plazo."*
3. **¿La atención de anorexia y bulimia nerviosas es, en sí misma, emergente?** *"En el caso de que ya tenga un determinado tiempo padeciendo este trastorno, su baja de peso y su desnutrición pueden llevar a quien la padece a ser intervenida en muchos casos de manera emergente. Pero, aunque se recomienda que inicie el tratamiento lo más rápido posible, la atención de anorexia y bulimia como tal, no es emergente."*
4. **¿El tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas puede ser programado?** *"Sí. Este deberá ser programado por varios especialistas con equipos multidisciplinarios e incluso, en ciertos casos, se deberá prever el que se deba internar al paciente a mediano plazo hasta lograr la estabilidad superficial."*
5. **¿Cuál es el valor promedio del tratamiento mensual de anorexia y bulimia nerviosas?** *"Desconozco un valor exacto, pero podría mencionar un aproximado de 500 dólares mensuales, dependiendo del tipo de tratamiento, ya que generalmente se inicia el mismo por la parte de recuperación física y luego la psicológica; pero de todos modos se requiere un equipo multidisciplinario."*
6. **Una vez agotadas las preguntas respecto de la definición y criterios de inclusión de las enfermedades catastróficas, ¿considera usted que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa pueden encuadrarse dentro de esa definición legal?** *"Podría encuadrarse a la anorexia y bulimia dentro de la definición legal de las enfermedades catastróficas, ya que cumple con todos los criterios."*
7. **¿El Estado ecuatoriano tiene cobertura, total o parcial, para el tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas en alguno de los hospitales públicos u otras instituciones estatales?** *"No tengo datos al respecto."*

8. **¿La anorexia y bulimia nerviosas cuentan con cobertura por parte de las aseguradoras?** *"Desconozco, aunque algunas aseguradoras con ciertas restricciones deben cobrar ingentes valores, ya que las aseguradoras siempre quieren personas jóvenes y sanas."*
9. **¿Existen hospitales de día para anorexia y bulimia nerviosas en el Ecuador?** *"Las personas generalmente no llegan a los hospitales a solicitar atención por tener anorexia o bulimia, sino por dolencias vinculadas a estos trastornos. Como son pérdidas de peso extremo, debilitamiento, desnutrición grave o dolores y malestares asociados a la anorexia."*
10. **Ahora bien, respecto al tratamiento y recuperación de una persona con un TCA, podría especificarme, por favor: ¿En qué consiste básicamente el tratamiento de anorexia nerviosa y de bulimia nerviosa?** *"El tratamiento debe ser físico y psicológico: Determinar factores que generaron el desencadenamiento de la enfermedad Mediante un proceso de Psicoterapia a largo plazo y con medicamentos que controlen tanto la ansiedad como la depresión, pero dependen de la persona que haya desarrollado la disponibilidad a creer que si puede curarse."*
11. **Cuando The Center estaba funcionando en la ciudad de Quito, ¿tuvieron algún caso en que la persona anoréxica o bulímica negaba que tuviese algún trastorno y, por tanto, se resistía o negaba a ser tratada? ¿Cómo proceder ante esta situación?** *"La intervención de la familia es de primordial importancia para que la persona acceda a aceptar un tratamiento, ya que la persona inmersa no tiene clara conciencia de la enfermedad y es en estos momentos la intervención de la familia. En la actualidad este centro ya no está atendiendo en el país. Se retiró del Ecuador."*
12. **¿En el rango de qué edades se encontraban las pacientes que ustedes atendían en The Center?** *"Solo sé que varias pacientes de diferentes ciudades del país fueron atendidas en un número de 120 que prestaban problemas emocionales y de baja severa de autoestima."*
13. **¿Dentro de cuánto tiempo se va a comenzar a evidenciar una recuperación en una persona que está en tratamiento?** *"No se puede afirmar el tiempo exacto, pero se puede determinar que de los 9 a 20 meses puede una persona recuperarse, no sin antes definir serias secuelas que quedan marcadas, por lo que de alguna manera se puede considerar secuelas irreversibles."*

Le agradezco de sobremanera su ayuda con esta entrevista.

ANEXO No. 7:

ENTREVISTA REALIZADA A PROFESIONALES DEL DERECHO: DRA. IVON VÁSQUEZ, EN FECHA 15 DE FEBRERO DEL 2018.

Buenos días, para iniciar la entrevista ayúdeme por favor con sus nombres, área de especialización y cargo actual.

"Buenos días, mi nombre es Ivon Catterine Vásquez Revelo y actualmente me desempeño como Jueza del Tribunal de Garantías Penales de Pichincha, parroquia Iñaquito."

1. **Una vez especificados esos datos iniciales y dando inicio a la entrevista, quisiera comenzar preguntándole acerca de la interdicción por demencia. Dentro de ese capítulo específico del Código Civil se prevé que, para internar a una persona declarada en interdicción por demencia se requiere de una autorización judicial. ¿Cómo se solicita dicha autorización actualmente, con la vigencia del COGEP? ¿Se la solicita bajo un proceso distinto al de interdicción o como un incidente dentro del mismo proceso de interdicción?** *"El Código Civil establece como una incapacidad absoluta la demencia y su efecto es precisamente la interdicción o prohibición de administrar sus bienes. La Interdicción debe ser declarada por Juez vía trámite sumario, de acuerdo a las reglas del COGEP. En mi opinión, lo ideal sería que el mismo juez que declaró la interdicción sea el que, con conocimiento de la causa principal, resuelva vía incidente, en el mismo proceso, la autorización de internamiento de la persona interdicta. Pero la ley no establece expresamente qué procedimiento debe seguirse y esto puede dar paso a que se interprete que esta autorización debe pedirse vía procedimiento voluntario, acorde a lo que dispone el COGEP."*
2. **Ahora bien, en cuanto a la interdicción por demencia, ¿cómo funciona cada uno de los tipos de curaduría (testamentaria, legítima y dativa)?** *"El artículo 381 del Código Civil establece que las tutelas o curadurías pueden ser testamentarias, legítimas o dativas. Es testamentaria cuando se constituye por acto testamentario. El artículo 383 establece que se puede asignar un curador por testamento a los menores de edad o a los mayores interdictos, siempre que ninguno de ellos esté bajo patria potestad o haya perdido la misma. Legítimas, cuando es conferida por la ley a los parientes o cónyuge del pupilo. Dativas, las que confiere el Juez."*

3. **¿Qué acciones puede seguirse en contra de los curadores que, en ejercicio de sus funciones, se han aprovechado de los bienes de su pupilo que estaban bajo su administración, los han vendido sin autorización judicial o, en general, han abusado de su cargo y perjudicado al pupilo?** *"Recordemos que el curador es el encargado de administrar los bienes de la persona interdicta y, por tanto, está obligado a la conservación de estos. Por ello, en caso de perjuicio generado al pupilo, el curador deberá indemnizarlo por los daños y perjuicios ocasionados, dejando a salvo la posibilidad de ser procesado penalmente."*
4. **¿Existen distintas implicaciones para la interdicción provisional y la interdicción definitiva?** *"Como implicaciones, podría decirse que no, porque ambas pueden ser revocadas cuando la persona ya no se encuentre incursa en la causal de interdicción. Sin embargo, se puede declarar la interdicción provisional, de considerarse necesario, mientras se continúa tramitando el proceso para declarar la interdicción definitiva."*
5. **¿El Código Civil es ley orgánica o ley ordinaria?** *"El Código Civil es una ley ordinaria y, por ende, subordinada a la Constitución y leyes orgánicas que estructuran y organizan al Estado y a sus instituciones."*
6. **¿Cómo procede un proceso civil de emancipación? ¿Existe en Ecuador la emancipación médica?** *"El artículo 308 del C.C. establece que la emancipación da fin a la patria potestad y que esta puede ser voluntaria, legal o judicial; sin embargo, no describe la emancipación médica, por lo que se infiere que esta se encontrará incursa en cualquiera de los tipos de emancipaciones que sí están previstas en la ley."*
7. **¿Cómo procede el consentimiento informado en pacientes declarados en interdicción?** *"Considerando que el interdicto es un incapaz absoluto a quien se le asigna judicialmente un curador, el consentimiento informado deberá ser firmado por quien funja de representante legal (curador) de la persona interdicta."*
8. **¿Cómo procede el consentimiento informado en pacientes niños y niñas?** *"El consentimiento informado va a ser otorgado por el padre, madre, tutor o quien ejerza la patria potestad del niño y niña, dejando a salvo su derecho a ser consultados en consideración con su nivel de madurez y el derecho a su mayor interés."*
9. **¿Cómo procede el consentimiento informado en pacientes adolescentes?** *"En el caso de los adolescentes es un área gris respecto al tema del consentimiento informado, porque en nuestra legislación también se les reconoce el derecho a ser informados y consultados respecto a decisiones que les conciernan, pero, a diferencia de los niños y niñas, los adolescentes son considerados como incapaces relativos, permitiéndoles*

incluso (desde los 15 años) trabajar. Entonces sí, el consentimiento informado deberá ser dado por su padre, madre, tutor o quien ejerza la patria potestad, pero considero que en ese aspecto se debería también considerar la voluntad del adolescente y, en caso de que esta voluntad atente contra su mejor interés médico, entonces optar por la decisión que más le beneficie a su salud. Pero no creo que se debería simplemente ignorar la voluntad de los adolescentes, porque, tal y como dice el Código Civil, estos son incapaces relativos, no absolutos."

Le agradezco de sobremanera su ayuda con esta entrevista

ANEXO No. 8:

ENTREVISTA REALIZADA A PROFESIONALES DEL DERECHO:
DR. PABLO IBARRA BARRIGA, EN FECHA 18 DE FEBRERO DEL 2018.

Buenos días, para iniciar la entrevista ayúdeme por favor con sus nombres, área de especialización y cargo actual.

Buenos días. Mi nombre es Pablo Ibarra Barriga y soy abogado en libre ejercicio.

1. **Una vez especificados esos datos iniciales y dando inicio a la entrevista, quisiera comenzar preguntándole acerca de la interdicción por demencia. Dentro de ese capítulo específico del Código Civil se prevé que, para internar a una persona declarada en interdicción por demencia se requiere de una autorización judicial. ¿Cómo se solicita dicha autorización actualmente, con la vigencia del COGEP? ¿Se la solicita bajo un proceso distinto al de interdicción o como un incidente dentro del mismo proceso de interdicción?** *"Primeramente, la interdicción debe seguirse bajo procedimiento sumario, según las normas del Código Orgánico General de Procesos. A partir de lo cual, declarada la interdicción, en el mismo proceso se deberá solicitar se emita la autorización judicial para internar al interdicto en un centro de rehabilitación médico."*
2. **Ahora bien, en cuanto a la interdicción por demencia, ¿cómo funciona cada uno de los tipos de curaduría (testamentaria, legítima y dativa)?** *"La curaduría testamentaria es la designada por el testador. Por otro lado, la curaduría legítima tiene lugar cuando falta o expira la testamentaria; y, finalmente, la curaduría dativa se produce a falta de otra tutela o curaduría."*

3. **¿Qué acciones puede seguirse en contra de los curadores que, en ejercicio de sus funciones, se han aprovechado de los bienes de su pupilo que estaban bajo su administración, los han vendido sin autorización judicial o, en general, han abusado de su cargo y perjudicado al pupilo?** *"Por la negligencia del guardador en formar inventario y por toda falta grave que se le pueda imputar en él, podrá ser removido de la tutela o curaduría como sospechoso, y será condenado al resarcimiento de toda pérdida o daño que de ello hubiere resultado al pupilo, de la manera que se dispone en el artículo 448 del Código Civil. Se debe tomar en cuenta que, en caso de dolo o culpa grave por parte del tutor o curador, el pupilo tiene derecho a apreciar y jurar la cuantía del perjuicio recibido (lo que incluso comprenderá el lucro cesante); a partir de lo que se le condenará al tutor o curador en la cuantía apreciada y jurada, salvo que el juez tenga a bien moderarla. Es importante recordar que la responsabilidad del tutor o curador se extiende inclusive hasta la culpa leve."*
4. **¿Existen distintas implicaciones para la interdicción provisional y la interdicción definitiva?** *"Los efectos son los mismos en ambos casos, solo que la interdicción provisional puede ser revocada de manera más sencilla que la interdicción definitiva."*
5. **¿El Código Civil es ley orgánica o ley ordinaria?** *"Es ley ordinaria."*
6. **¿Existe en Ecuador la emancipación médica?** *"La emancipación médica no se encuentra legislada en el Ecuador."*
7. **¿Cómo procede el consentimiento informado en pacientes declarados en interdicción?** *"El tutor o curador es quien deberá representar o autorizar al pupilo en todos los actos judiciales o extrajudiciales que le conciernan y puedan menoscabar sus derechos o imponerle obligaciones, acorde al artículo 415 Código Civil. Por cuanto el consentimiento informado de la persona declarada en interdicción, deberá ser otorgado por su representante legal."*
8. **¿Cómo procede el consentimiento informado en pacientes niños y niñas?** *"El tutor, curador o la persona que ostente la patria potestad del niño o niña, tiene la obligación de suscribir el consentimiento informado."*
9. **¿Cómo procede el consentimiento informado en pacientes adolescentes?** *"El tutor, curador o la persona que ostente la patria potestad de la o el adolescente, tiene la obligación de suscribir el consentimiento informado. Salvo que el adolescente se encuentre emancipado, en cuyo caso podrá concederlo personalmente."*

Le agradezco de sobremanera su ayuda con esta entrevista

CCI

ANEXO No. 9:

ENTREVISTA REALIZADA A PROFESIONALES DEL DERECHO:
DR. DANILO DE LA CRUZ JÁCOME, EN FECHA 21 DE FEBRERO DE 2018.

Buenos días, para iniciar la entrevista ayúdeme por favor con sus nombres, área de especialización y cargo actual.

"Mi nombre es Jonathan Danilo De La Cruz Jácome y mi área de especialización es la contratación pública y derecho laboral. Actualmente desempeño el cargo de Asesor de la Corte Nacional de Justicia, en la Sala de lo Laboral."

1. **Una vez especificados esos datos iniciales y dando inicio a la entrevista, quisiera comenzar preguntándole acerca de la interdicción por demencia. Dentro de ese capítulo específico del Código Civil se prevé que, para internar a una persona declarada en interdicción por demencia se requiere de una autorización judicial. ¿Cómo se solicita dicha autorización actualmente, con la vigencia del COGEP? ¿Se la solicita bajo un proceso distinto al de interdicción o como un incidente dentro del mismo proceso de interdicción?** *"Considerando que el Juez que conoce la causa principal es el que debe resolver lo accesorio a esta, el juzgador que conoció la interdicción debería ser quien resuelva el internamiento del interdicto. Sin embargo, en el artículo 334 del COGEP se establece que se tramitarán por procedimiento sumario el otorgamiento de autorizaciones, por lo que podría considerarse que la autorización judicial de internamiento podría solicitarse por esa vía."*
2. **Ahora bien, en cuanto a la interdicción por demencia, ¿cómo funciona cada uno de los tipos de curaduría (testamentaria, legítima y dativa)?** *"La curaduría testamentaria es la que otorga el padre o la madre por testamento, a los hijos que no estuvieren bajo patria potestad al momento de hacerse este efectivo. De acuerdo al artículo 383 del Código Civil, se puede nombrar curador por testamento a los menores o mayores interdictos. En cuanto a la curaduría legítima, esta va a operar a falta o expiración de la testamentaria. Tiene lugar especialmente cuando, viviendo los padres, es emancipado el menor y cuando se suspende la patria potestad por sentencia del juez. Finalmente, la curaduría dativa va a ser la que opere a falta de las referidas anteriormente."*

3. **¿Qué acciones puede seguirse en contra de los curadores que, en ejercicio de sus funciones, se han aprovechado de los bienes de su pupilo que estaban bajo su administración, los han vendido sin autorización judicial o, en general, han abusado de su cargo y perjudicado al pupilo?** *"Las acciones pueden ser civiles o derivarse al área penal. El artículo 563 del Código Civil dispone la obligación del guardador de indemnizar por los perjuicios irrogados en el ejercicio de su cargo."*
4. **¿Existen distintas implicaciones para la interdicción provisional y la interdicción definitiva?** *"En relación a la interdicción por demencia no existen implicaciones legales distintas para la interdicción provisional y definitiva, ya que genera los mismos efectos y ambas pueden ser revocadas."*
5. **¿El Código Civil es ley orgánica o ley ordinaria?** *"Considero que el Código Civil es una ley ordinaria, pues no cumple con los presupuestos del artículo 133 de la Constitución de la República."*
6. **¿Cómo procede un proceso civil de emancipación? ¿Existe en Ecuador la emancipación médica?** *"Primeramente, la emancipación puede ser de tres tipos: Voluntaria, legal o judicial. La primera se la celebra por instrumento público en el que la madre y el padre declaran emancipar a su hijo y este consiente en ello; o también por medio de autorización judicial en un proceso voluntario según las reglas del COGEP. La segunda opera por el ministerio de la ley, siempre y cuando se cumplan las causas señaladas en el artículo 310 del Código Civil; y la tercera, será sustanciada en proceso judicial ordinario, bajo las causas previstas en el artículo 311 del Código Civil. En Ecuador no existe emancipación médica."*
7. **¿Cómo procede el consentimiento informado en pacientes declarados en interdicción?** *"En el caso de una persona declarada en interdicción por demencia, es evidente que no está capacitada para resolver respecto de las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad, por lo tanto, el curador es la persona a quien le corresponde otorgar el consentimiento informado para cualquier tipo de procedimiento y tratamiento médico, velando siempre por el beneficio de su pupilo."*
8. **¿Cómo procede el consentimiento informado en pacientes niños y niñas?** *"En el caso de los niños y niñas, sus padres o tutores, como sus representantes legales, son los autorizados a otorgar el consentimiento informado. Cabe recalcar que el derecho de información respecto de la salud de los niños y niñas está supeditado a su nivel evolutivo."*

9. **¿Cómo procede el consentimiento informado en pacientes adolescentes?** *"El artículo 60 del Código de la Niñez y Adolescencia garantiza el derecho tanto de los niños y niñas, como de los adolescentes a ser consultados en todos los asuntos que les afecten, pero esta opinión se tendrá en cuenta en la medida de su edad y madurez. Este artículo es totalmente ambiguo y no determina en qué momento exacto se puede ejercer el derecho al que se refiere. La pregunta que queda después de leer dicha norma es: ¿quién determina el grado de madurez del niño, niña o adolescente para el pleno ejercicio de su derecho a ser consultado? Legalmente no está definido un concepto objetivo de madurez. Por ello, desde mi punto de vista, el ejercicio de dicho derecho se vuelve impracticable y es por esto que el consentimiento informado en adolescentes también va a recaer en su representante legal."*

Ahora bien, adentrándonos al área constitucional, quisiera mencionar un caso emblemático de una actriz estadounidense que padece de anorexia nerviosa y en el año 2015 recurrió a internet para pedir ayuda y conseguir los fondos necesarios para poder pagar un tratamiento especial en el único centro que estaba dispuesto a acogerla, ya que ni los hospitales, ni las enfermeras domésticas, ni los terapeutas querían atenderla dado su grave estado. (El Mundo, 2015)

10. **Tomando ese caso particular y trasladándolo a la realidad ecuatoriana y suponiendo que en el Ecuador una clínica u hospital se niegue a tratar a una persona anoréxica o bulímica, vulnerando el derecho de dicha persona a la salud, ¿qué medidas jurídicas podría tomar esa persona? ¿Cuál sería el procedimiento y ante qué órganos? (Es importante recalcar que en este caso no hablamos de negar el ingreso de una emergencia como tal, sino que le niegan el tratamiento, ya sea por su estado tan grave y delicado de salud o porque el Estado no tiene un área específica para tratar anorexia o bulimia nerviosas):** "*Para contestar esta pregunta se debe tomar en cuenta que las personas que sufran enfermedades de alta complejidad, pertenecen a un grupo de atención prioritaria. Por lo tanto, se garantiza atención médica especializada y gratuita en todos los niveles, la cual debe ser oportuna y preferente. La Corte Constitucional ha señalado que la vía oportuna para reclamar vulneración a los derechos de las personas que conforman un grupo de atención prioritaria es la prevista en el artículo 88 de la Constitución de la República: Acción de Protección. El procedimiento será el previsto en la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional, el cual es expedito con el fin de garantizar*

el acceso al servicio médico. Para conocer este tipo de acciones será competente cualquier jueza o juez de primera instancia del lugar en donde se origina el acto u omisión o donde se producen sus efectos. Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, los hospitales, clínicas, centros médicos, etcétera, son regulados por el Ministerio de Salud, ya que su funcionamiento está supeditado a que la autoridad competente emita un acto administrativo, autorizando el ejercicio de su objeto social; por lo que otra alternativa al problema expuesto es que el afectado inicie un proceso administrativo para obtener tutela de su derecho a recibir atención médica y se sancione al administrado por incumplir en su deber. Sin embargo, desde mi punto de vista, la acción más eficaz y expedita para tutelar el derecho del afectado es la acción de protección, de acuerdo a lo expuesto anteriormente."

11. **Por otro lado, ¿qué acción se puede interponer en caso de que le nieguen la atención en caso de emergencia a una persona anoréxica o bulímica?** *"Como lo referí anteriormente, recibir atención médica de manera oportuna es un derecho garantizado por la Constitución, considerando que este derecho está ligado al derecho a la vida. En el caso que esté en juego la salud, vida e integridad de la persona, se debe hacer uso de la vía más expedita para tutela de los derechos del afectado, por lo tanto, reitero que en este caso también sería la acción de protección la vía más efectiva."*
12. **En otra arista, quisiera que por favor me explique cómo se hacía jurisprudencia años atrás, ya que, en la actualidad, se exige que haya sentencias de la Corte Nacional de Justicia que reiteren por 3 ocasiones la misma opinión sobre un mismo punto y el fallo de conformidad del pleno de dicha Corte. ¿La creación de jurisprudencia actual difiere de la creación de jurisprudencia previa al 2008?** *"La creación de jurisprudencia actual sí difiere de la creación de jurisprudencia previa al 2008. Antes del año 2008 se creaba jurisprudencia con la reiteración de una opinión por tres ocasiones, sin necesidad de intervención del Pleno de la Corte Suprema. Actualmente, el artículo 185 de la Constitución de la República, requiere que el Pleno de la Corte Nacional delibere y decida respecto de qué decisiones emitidas por las diferentes Salas serán consideradas como jurisprudencia obligatoria."*
13. **Mediante disposición reformatoria primera de la Ley Orgánica de Discapacidades, se agregó, a continuación del artículo 24 de la Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, la atribución del Defensor del Pueblo de ordenar medidas de protección para evitar o cesar la vulneración de derechos constitucionales de personas y grupos de atención prioritaria y sancionar su incumplimiento con multas de entre**

1 a 15 SBU y/o clausura de hasta 30 días del local en ciertos casos. ¿Me podría explicar si esas medidas de protección aplicarían para un caso en que se niegue el tratamiento o atención (emergente o no) a una persona que forme parte de un grupo de atención prioritaria? *"Desde mi punto de vista, considero a las medidas de protección bajo competencia del Defensor del Pueblo como limitadas, no solo por su rango de protección, sino por su temporalidad. Además, se debe observar que, sin perjuicio de que el Defensor del Pueblo dicte medidas de protección, este requiere plantear las correspondientes acciones administrativas y/o judiciales ante el órgano competente para sancionar los hechos denunciados."*

14. **¿Cuáles son los beneficios que se les otorgan a los grupos de atención prioritaria?** *"En términos generales, es protección por parte del Estado, para tutela de los derechos que forman parte de este grupo de atención prioritaria. Adicionalmente, existen beneficios tributarios a favor de dichas personas; inserción y estabilidad laboral; atención prioritaria y gratuita de servicios de salud, por mencionar algunos de los beneficios."*

Le agradezco de sobremanera su ayuda con esta entrevista

LISTA DE REFERENCIAS

Agencia de Informaciones Mercosur. (12 de agosto de 2015). El gobierno y Fundación Centro comenzaron a trabajar en la implementación del Panybu. *AIM*. Recuperado de http://www.aimdigital.com.ar/2015/08/12/el-gobierno-y-aluba-comenzaron-a-trabajar-en-la-implementacion-del-panybu/

Agencia Española de Seguridad Alimentaria. (2003). *La seguridad alimentaria en la educación secundaria obligatoria: Guía Didáctica.* Recuperado de www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/publicaciones/seguridad_alimentaria/seguridad_edu_secundaria.pdf

Aguilar Cavallo, G. (2008). *El principio del interés superior del niño y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.* Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/820/82060110.pdf

Aguilar-Sierra, L. (2011). Revista Mexicana de Anestesiología. *Consentimiento informado en niños y adolescentes y grados de madurez emocional*. Recuperado de de www. mediagraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cmas111i.pdf

Albor, L. (1 de septiembre de 2014). Tras los pasos de Ana y Mía: las webs que fomentan la anorexia son legales en España. *El Diario.* Recuperado de http://www.eldiario.es/hojaderouter/internet/paginas-ana-mia-anorexia-bulimia-leyes-espana_0_298170489.html

Albuja, M., & Mogollón, I. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes: Estudio realizado en colegios de Quito (zona urbana). (Trabajo de grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Anguita, V. (s.f.). *Guías de Consentimiento Informado: Documento de Trabajo.* Recuperado de https://es.scribd.com/document/350176017/Guias-de-Consentimiento-Informado-pdf

Arce, B. (04 de Junio de 2015). El aumento de los casos de anorexia alarma al Reino Unido. *El periódico.* Recuperado de http://www.elperiodico.com/es/sociedad/20150603/el-aumento-de-los-casos-de-anorexia-alarma-al-reino-unido-4245336

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).* [Traducido al español de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*DSM–5*)]. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.

Audiencia Provincial con sede en Castellón de la Plana. (28 de Diciembre de 2011). Rollo apelación civil número 151/2011. Resolución judicial de internamiento involuntario, 54/2011. Recuperado de http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&databasematch=AN&reference=6286022&links=Anorexia%20Y%20incapacidad%20y%20internamiento&optimize=20120228&publicinterface=true

Avila Smirnow, D. (s.f.). ¿Qué es la comorbilidad?. *Revista chilena de epilepsia.* Recuperado de www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista_2007/a8_1_tr_comorbilidad.pdf

Ayuntamiento de Miguelanturra. (2003). *Ayer mièrcoles 17 se presentó la campaña la anorexia se lo lleva todo. Si necesitas ayuda, pídela. Yo lo hice.* Recuperado de http://www.miguelturra.es/node/1682

Baile, J., & Ruiz, Y. (s.f.). El efecto de los medios de comunicación en la autoestima de chicas adolescentes, un estudio en el contexto de los trastornos alimentarios. *Revista de humanidades "Cuadernos del Marqués de San Adrián"*. Recuperado de http://www.unedtudela.es/archivos_publicos/qweb_paginas/239/revista6-articulo1.pdf

Ballester, A., & Guirado, M. (07 de abril de 2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema.* Recuperado de http://www.redalyc.org/html/727/72715408/

Baño Rodrigo, A. (2014). Respuesta cardíaca a la malnutrición. En G. Morandé, M. Graell, & A. Blanco (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral* (pp. 93-97). Madrid, España: Editorial Panamericana S.A.

Bartolomé Tutor, A. (2015). *Los derechos de la personalidad del menor de edad*. Pamplona, España: Editorial Aranzadi, S.A.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f.). *Guía legal sobre: Plan GES o AUGE*. Recuperado de https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-(ex-auge)

Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, Sala III (23 de diciembre del 2014) V, AB c. Swiss Medical SA. Recuperado de http://www.pensamientocivil.com.ar/fallos/384-vab-c-swiss-medical-sa-s-amparo-salud

Cánovas, G. *Muchos niños creen que la información que encuentran en los buscadores es siempre cierta* (2016). Recuperado de https://kidsandteensonline.com/2016/01/18/ninos-creen/

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. (2003). *Promoción, Prevención y Educación para la Salud.* Recuperado de

www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed211.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf

Claro Solar, L. (1979). Tomo Quinto: De las personas. En L. Claro Solar, *Explicaciones de Derecho Civil Chileno y Comparado* (Vol. II). Santiago: Editorial Jurídica de Chile.

Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud. (2017). *Informe favorable para primer debate del Proyecto de Código Orgánico de Salud.* Recuperado de http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/files asambleanacionalnameuid-29/Leyes%202013-2017/234% 20cod-salud-wgarzon-28-03-2016/inf-1d-cod-salud-15-03-2017.pdf

Comisión Nacional de Investigación Científica. (s.f.). *¿QUÉ ES FONIS?* Recuperado de http://www.conicyt.cl/fonis/sobre-fonis/que-es-fonis/

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Recuperado de http://www.acnur.org/t3/ fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view

Congreso de la Nación Argentina. (2008). *Ley 26.396.* Recuperado de http://www.saij.gob.ar/26396-nacional-declaracion-interes-nacional-prevencion-control-trastornos-alimentarios-lns0005436-2008-08-13/123456789-0abc-defg-g63-45 000scanyel?q=%28numero-norma%3A26396%20%29&o=0&f=Total%7CTipo%20 de%20Documento/Legislaci%F3n%7CFe

Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia.* Recuperado De http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE 1488.pdf

Corte Constitucional República de Colombia. (10 de junio de 2003). Demanda de inconstitucionalidad contra los artículos 140 numeral 3, 545, 554 y 560 (parciales) del Código Civil colombiano, C-478/03. Recuperado de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/C-478-03.htm

Corte Constitucional República de Colombia (27 de Julio de 2007) Sentencia T-560A/07. Recuperado de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-560A-07.htm

Corte Constitucional República de Colombia. (27 de Noviembre de 2002). Consentimiento sustituto en tratamiento médico del niño o incapaz, T-1025/02. Recuperado de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/t-1025-02.htm

Corte Constitucional República de Colombia (25 de Septiembre de 1996) Indefensión entre predicadores y fieles, T-474/96. Recuperado de: http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1996/t-474-96.htm

Del Río Sánchez, C. (2014). Capítulo VII: Cuestiones ético-legales en los trastornos de la alimentación. En G. Morandé, M. Graell, & A. Blanco (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral* (pp. 53-59). Madrid: Editorial Panamericana S.A.

Díaz Marsá, M. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y otros. En J. Pérez de los Cobos, J. Valderrama, G. Cervera, & G. Rubio (Eds.), *Tratado SET de trastornos adictivos* (pp. 370-374). Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

Díez-Picazo, L., & Gullón, A. (2003). *Sistema de Derecho Civil.* Madrid, España: Editorial Tecnos (Grupo Anaya S.A.)

Dirección de Atención a Grupos Prioritarios. (Mayo de 2017). *Rendición de cuentas 2016*. Recuperado de http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/GRUPOS-PRIORITARIOS.pdf

El Economista. (2 de Septiembre de 2011). España pide a Twitter que aísle los perfiles pro-anorexia. *El Economista.* Recuperado de http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/3346560/09/11/Espana-pide-a-Twitter-que-aisle-los-perfiles-proanorexia.html

El Mundo. (17 de Marzo de 2006). Hospitalizan de forma cautelar y urgente a la joven anoréxica de Barcelona por orden de una juez. *El Mundo.* Recuperado de http://www.elmundo.es/elmundo/2006/03/16/sociedad/1142524705.html

El Universo. (27 de Enero de 2008). Gobierno emprende campaña de alimentación sana. *El Universo.* Recuperado de https://www.eluniverso.com/2008/01/27/0001/12/0D2BAE46E6714AEA9C73B200ECCF10B6.html

Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1980). *Tratado de Psiquiatría.* Barcelona, España: Toray-Masson, S.A.

Figueroa de López, S. (2012). *Introducción a la salud pública.* Recuperado de https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf

Frenz, P. (2005). *Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud.* Recuperado de http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20128/21293

Fuentes, D. (27 de Abril de 2016). Anorexia y bulimia enfermedades que proliferan en Chile. *Cooperativa.* Recuperado de http://opinion.cooperativa.cl/opinion/salud/anorexia-y-bulimia-enfermedades-que-proliferan-en-chile/2016-04-27/170523.html

Fundación CADAH. (s.f.). *CIE-11 y TDAH (I parte).* Recuperado de https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/cie-11-y-tdah.html

Furst, S., Cabana, C. & Johnson, M. (Producción) y Cassavetes, N. (Dirección). (2009). *My Sister´s Keeper* [Película] Estados Unidos: New Line Cinema

García Blanco, L. (2013). La negación al tratamiento: Problemas éticos, deontológicos y jurídicos. (Trabajo de grado, Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla") Recuperado de https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2987/GarciaBlancoL.pdf?sequence=1

García Guerrero, J. (Octubre de 2008). Aspectos éticos y deontológicos del rechazo al tratamiento médico por el paciente preso. *Revista española de Sanidad Penitenciaria.* Recuperado de http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/83/205

García, C. (01 de Septiembre de 2011). Sanidad pide a Twitter que elimine los perfiles que fomentan la anorexia y la bulimia. *El País.* Recuperado de https://elpais.com/sociedad/2011/09/01/actualidad/1314828007_850215.html

Gorvein, N., & Polakiewicz, M. (1998). Capítulo IV: El derecho del niño a decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo. En C. Grosman (Dir.), *Los derechos del niño en la familia: Discurso y realidad* (pp. 127-149). Buenos Aires, Argentina: Editorial Universidad.

Guashpa Gómez, A. (2015). Incompatibilidad de la interdicción y curaduría de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial en el Código Civil ecuatoriano con la capacidad jurídica en el derecho internacional de los derechos humanos. Lineamientos para una reforma normativa. (Trabajo de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Recuperado de http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10126/Tesis%20Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Guzmán, F., Morales, C., Franco, E., Néstor, G., Mendoza, J., Herrera, F.; Arrazoña de Duque, P., López, C., Carriazo, P., Rueda, M & Duque de Guzmán, M. (1995). *De la responsabilidad civil médica.* Medellín, Colombia: Ediciones Rosaristas.

Ilustre Municipalidad de Santiago. (2016). *CENTRO DE SALUD MENTAL C.O.S.A.M.* Recuperado de http://www.saludstgo.cl/?page_id=349

Instituto de Previsión Social de Chile. (2016). *¿Qué significa estar en FONASA?* Recuperado de https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/37853

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). *Canastas.* Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/canasta/

La Gaceta. (6 de Mayo de 2009). Argentina es el segundo país con más casos de anorexia. *La Gaceta.* Recuperado de https://www.lagaceta.com.ar/nota/325157/informacion-general/argentina-segundo-pais-mas-casos-anorexia.html

Legislatura de la Provincia de Entre Ríos. (2015). *Ley 10.377.* Recuperado de http://www.saij.gob.ar/10377-local-entre-rios-creacion-programa-provincial-prevencion-control-atencion-anorexia-bulimia-lpe0010377-2015-06-09/123456789-0abc-defg-773-0100evorpyel?q=%20titulo%3A%20Programa%20AND%20titulo%3A%20Provincial%20AND%20titulo%3A%2

Lenoir, M., & Silber, T. (2006). *Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1).* Recuperado de http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v104n3/v104n3a11.pdf

Llovet Haya, J. (2002). *La competencia mental: Concepto y evaluación.* Recuperado el de http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/Bioetica/1pdfs_docs/Tab/seleccionesNo.4.pdf

Márquez González, H., García, V., Caltenco, M., García, E., Márquez Flores, H. & Villa, A. (2012). *Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico.* Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf

Martínez Gómez, J. & Muñoz Codoceo, R. (2014). Respuesta digestiva a la malnutrición. En G. Morandé, M. Graell, & A. Blanco, *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral* (págs. 87-90). Madrid, España: Editorial Panamericana S.A.

Mecías, A. (2014). *Bioética y atención de la salud en la adolescencia.* Recuperado de www.sap.org.ar/docs/congresos_2014/Ambulatoria/Jueves/Macias_bioetica.pdf

Mengual, E. (27 de Abril de 2015). La lucha contra la apología de la anorexia en Internet, cuestión de voluntad política. *El Mundo.* Recuperado de http://www.elmundo.es/salud/2015/04/27/553a747922601da17f8b4577.html

Ministerio de Educación. (2013). *Mi Ecuador Querido*. *Capítulo 4 - Nutrición en niñez y adolescencia.* Recuperado de http://www.educa.ec/index.php/programas/familiar/mi-ecuador-querido/40-familiar/mi-ecuador-querido-2/483-mi-ecuador-querido-capitulo-4

Ministerio de Educación. (2013). *Pilas con el chat 10mo. Capítulo 5 - Disfunciones alimentarias.* Recuperado de http://www.educa.ec/index.php/programas/juvenil/pilas-con-el-chat-2/47-juvenil/pilas-con-el-chat-10mo/668-pilas-con-el-chat-capitulo-5

Ministerio de Educación. (2013). *Rebeldes. Capítulo 15 - Desórdenes alimentarios.* Recuperado de http://www.educa.ec/index.php/programas/juvenil/rebeldes/26-juvenil/rebeldes/443-rebeldes-capitulo-14

Ministerio de Educación. (2013). *Rebeldes. Capítulo 20 - Depresión.* Recuperado de http://www.educa.ec/index.php/programas/juvenil/rebeldes/26-juvenil/rebeldes/473-rebeldes-capitulo-19

Ministerio de Educación. (2014). *Rendición de Cuentas 2014*. Recuperado de https://issuu.com/educatvparaaprender/docs/rendicio__n_de_cuentas14ok1.compres

Ministerio de Educación. (2016). *Franja Educativa en Radio*. Recuperado de http://www.educa.ec/index.php/radio

Ministerio de Salud. (03 de Marzo de 2016). *Oficio No. 844.* Recuperado de http://www.senado.cl/appsenado/templates/consultas_as_oa/listadoAS.html?boletin=1855-12

Ministerio de Salud de Chile. (2015). *¿QUÉ ES EL PROGRAMA PRAIS?* Recuperado de http://200.72.31.211/1204/direccion/PRAIS.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2014). *La relación clínica: Paternalismo y autonomía.* Recuperado de http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/1.-MSP-Socializaci-¦n-AM-5316-consentimiento-informado.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Modelo de atención integral del sistema nacional de salud.* Recuperado de https://cursospaises.campusvirtualsp.org/file.php/127/Modulo_3/manual_mais_2013_cap4.pdf

Monsalve Caballero, V., & Navarro Reyes, D. (2014). *El consentimiento informado en la praxis médica.* Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana y Editorial Temis.

Morandé, G. (2014). Capítulo I: Introducción. En G. Morandé, M. Graell, & A. Blanco (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral* (pp. 5-8). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.

Morandé, G. (2014). Psicoterapia en el tratamiento específico de los trastornos alimentarios. En G. Morandé, M. Graell, & A. Blanco (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral* (pp. 359-365). Madrid, España: Editorial Panamericana S.A.

Moreno González, M., & Ortiz Viveros, G. (2009). *Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes.* Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n2/art04.pdf

Mouzo Quintáns, J. (13 de Julio de 2015). Salud lleva a la Fiscalía 15 páginas web por incitar a la anorexia. *El País.* Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2015/07/13/catalunya/1436795044_372302.html

Naciones Unidas. (2008). *Lista de signatarios, ratificaciones y adhesiones a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo facultativo, al 3 de agosto de 2008.* Recuperado de http://www.un.org/spanish/disabilities/documents/sg/Anexo_A_a_63_264.pdf

Napal, P. (20 de Enero de 2016). La anorexia o la bulimia empiezan cada vez a edades más tempranas, hasta a los 12 años. *El Correo.* Recuperado de http://www.elcorreo.com/alava/araba/201601/20/anorexia-bulimia-empiezan-cada-20160119185955.html

Nardone, G. (2002). *Las prisiones de la comida.* Barcelona, España: Empresa editorial Herder, S.A.

Nash Rojas, C. (2009). *Alcance del concepto de tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes.* Recuperado de http://www.corteidh.or.cr/tablas/r23545.pdf

Observatorio DESC. (s.f.). *Derecho a la Salud*. Recuperado de http://observatoridesc.org/es/derecho-la-salud

Observatorio Género y Equidad. (s.f.). *¿Qué es el observatorio?* Recuperado de http://oge.cl/que-es-el-observatorio/

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Derecho a la salud: Nota descriptiva No. 323*. Recuperado de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D494.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Obesidad y sobrepeso: Nota descriptiva No. 311*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:clasificaciun-internacional-de-enfermedades-cie&catid=2641:clasificacin-internacional-de-enfermedades-cie-&Itemid=2560&lang=es

Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf

Ossorio y Florit, M. (2007). *Diccionario de derecho* (Tomos I y II). Buenos Aires, Argentina: Editorial Heliasta.

Palomar de Miguel, J. (2000). *Diccionario para Juristas* (Tomo II). México, D.F.: Editorial Porrúa.

Perpiñá, C. (2008). Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de Psicopatología* (Volumen I, pp. 403-421). Madrid, España: Editorial McGraw-Hill.

Perpiñá, C. (2014). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En V. Caballo, & I. C. Salazar, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (Segunda ed., pp. 605-637). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Pié Balaguer, A.; Romañach, J.; Guzmán, F.; Riu, C.; Centeno, A.; Gómez, N. & Arnau, S. (2012). *Deconstruyendo la dependencia: propuestas para una vida independiente.* Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=_M7ACtj3ggIC&pg=PA25&lpg=PA25&dq=oms+Capacidad+percibida+para+controlar,+afrontar+y+tomar+decisiones+personales+acerca+de+c%C3%B3mo+vivir+de+acuerdo+con+las+normas+y+preferencias+propias&source=bl&ots=UzkGdV5dYw&sig=rM

Pinilla Gómez, R. (2011). *La comunicación de la juventud en los blogs: nuevos diarios para nuevos tiempos.* Recuperado de www.injuve.es/sites/default/files/RJ93-11.pdf

Plumed, J., & Rojo, L. (2014). Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. En G. Morandé, M. Graell, & A. Blanco, *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral* (pp. 27-33). Madrid, España: Editorial Panamericana S.A.

Poncini, H. (30 de Noviembre de 2017). Sin filtros contra la anorexia. *El País*. Recuperado de https://politica.elpais.com/politica/2017/11/29/actualidad/1511982777_313779.html

Rabinovich-Berkman, R. (1999). *Responsabilidad del médico.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Astrea.

Radio Nacional. (19 de Julio de 2017). Argentina es el segundo país con más casos de bulimia y anorexia en el mundo. *Radio Nacional.* Recuperado de http://www.radionacional.com.ar/argentina-es-el-segundo-pais-con-mas-casos-de-bulimia-y-anorexia-en-el-mundo/

Real Academia Española. (s.f.). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de http://www.rae.es

Redacción Perfil. (06 de Junio de 2015). En Argentina no se controlan los blogs que incitan a la bulimia y la anorexia. *Perfil.* Recuperado de http://www.perfil.com/sociedad/en-

argentina-no-se-controlan-los-blogs-que-incitan-a-la-bulimia-y-la-anorexia-0606-0034.phtml

Rehbein, C. (22 de Septiembre de 2017). Ley de modelos saludables: ¿Está preparado Chile para una norma de este tipo?. *Publimetro.* Recuperado de https://www.publimetro.cl/cl/noticias/2017/09/22/modelos-chile-xl.html

Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de Estados Americanos. (2017). *Informe Anual 2016 de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.* Recuperado de http://www.oas.org/es/cidh/expresion/ docs/publicaciones/internet_2016_esp.pdf

Rivera Ayala, L. (2013). *La figura legal del menor maduro (mature minor) en materia sanitaria a partir del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/97_ artluisriveralisto.pdf

Rivera, J. (1998). *Instituciones de Derecho Civil: Parte general* (Vol. I). Buenos Aires, Argentina: Abeledo-Perrot.

Román, A. (2012). *Campañas de mercadeo social: Juntos Contra la Anorexia y la Bulimia, Sonríe Eres Única*. Recuperado de http://repositorio.usfq.edu.ec/ bitstream/23000/2333/1/106631.pdf

Sacoto, F. (30 de Enero de 2017). El Movimiento por la Salud del Ecuador plantea una revisión integral de la política pública. *El Comercio.* Recuperado de http://www.elcomercio.com/actualidad/movimientoporlasaluddelecuadorrevision-politicapublica-salud-dialogopresidencial.html

Salleras Sanmartí, L. (1990). *Educación Sanitaria.* Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=23fCHlt_HdUC&pg=PA17&lpg=PA17&dq=El+logro+del+m%C3%A1s+alto+nivel+de+bienestar+f%C3%ADsico,+mental+y+social+y+de+capacidad+de+funcionamiento+que+permitan+los+factores+sociales+en+los+que+viven+inmersos+el+individuo+y+l

Sánchez, E. (2 de Noviembre de 2017). Cifuentes critica la campaña de publicidad iniciada por Aguado en el Metro. *El País.* Recuperado de https://elpais.com/ccaa/2017/11/02/madrid/1509621213_297984.html

Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. (Noviembre de 2013). *SEMINARIO AECID: POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES*.

Recuperado de http://www.riicotec.org/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/04autonomiapersdhfundvmarban.pdf

Senado de la República de Chile. (2016). *Boletín Nº S 1.855-12*. Recuperado de http://www.senado.cl/appsenado/templates/consultas_as_oa/listadoAS.html?boletin=1855-12

Senado de la República de Chile. (2016). *Oficio No. 46/SEC/16.* Recuperado de http://www.senado.cl/appsenado/templates/consultas_as_oa/listadoAS.html?boletin=1855-12

Serra, M. (2015). *Trastornos del comportamiento alimentario: Enfoques preventivos.* Barcelona, España: Editorial UOC.

Servicio de Salud Metropolitana Norte. (2012). *Protocolo de Manejo en Red del Trastorno de la Conducta Alimentaria, Anorexia y Bulimia.* Recuperado de http://www.ssmn.cl/descargas/protocolos_referencia_contrareferencia/instituto_psiquiatrico/protocolo_en_red_del_trastorno_alimntario.pdf

Simon, F. (2016). Internet, niñez y adolescencia en Ecuador: una mirada general al estado de la cuestión. En D. Salazar & D. Viteri (Eds.), *Regulación de Internet y derechos digitales en Ecuador*: http://www.usfq.edu.ec/publicaciones/libros/Documents/derechos_digitales_usfq.pdf

Superintendencia de Salud de Chile. (2016). *Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES).* Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonLegislacion

Superintendencia de Servicios de Salud. (s.f.). *Orientación al beneficiario*. Recuperado de https://www.sssalud.gob.ar/index/index.php?page=pmoprincipal

Télam. (16 de Febrero de 2017). Reclaman una Ley de Talles nacional. *Télam.* Recuperado de http://www.telam.com.ar/notas/201702/180019-reclaman-una-ley-de-talles-nacional-para-lograr-la-aplicacion-efectiva-de-las-12-normas-provinciales.html

Toro, J. (2014). Etiopatogenia. En G. Morandé, M. Graell, & A. Blanco, *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral* (pp. 17-25). Madrid, España: Editorial Panamericana S.A.

Tribunal Supremo de Estados Unidos. (1976). Planned Parenthood (Paternidad Planificada). Recuperado de www.arbil.org/(31)plan.htm

Universidad Alas Peruanas. (2012). *Salud Pública.* Recuperado de http://www.uap.edu.pe/intranet/fac/material/04/20122BX040104523040109011/20122BX0401045230401090113695 7.pdf

Universidad de Salamanca. (s.f.). *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Recuperado de https://dicciomed.usal.es

Universidad de Valencia. (2014). *IX Jornada del Grupo Interdisciplinar de I+D "Bioderecho"*. Recuperado de http://www.uv.es/bioderecho/DIPTICO%20AUTONOMIA.pdf

Universidad Internacional de Valencia. (2017). *Trastornos alimenticios y medios de comunicación: en el problema está la solución*. Recuperado de https://www.universidadviu.es/trastornos-alimenticios/

Velásquez, R. (2009). *Hacia una nueva definición del concepto "política pública"*. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/3596/359633165006/

Vilhena Vieira, O. (2007). *La desigualdad y la subversión del Estado de Derecho*. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-64452007000100003&script=sci_arttext&tlng=es#nt

Vodanovich, A. (1945). *Curso de Derecho Civil.* Santiago, Chile: Editorial Nascimento.

Zúñiga, F. (s.f.). *Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en caso Artavia Murillo y otros (Fecundación In Vitro) vs. Costa Rica*. Recuperado de http://derecho.udp.cl/wp-content/uploads/2016/08/015_Zuniga2.pdf

NORMATIVA UTILIZADA:

CONVENIOS INTERNACIONALES RATIFICADOS POR EL ECUADOR UTILIZADOS:

Convención Americana sobre Derechos Humanos. (1977). Recuperado de www.tce.gob.ec/jml/bajar/CONVENCION%20AMERICANA%20SOBRE%20DERECHOS%20HUMANOS.pdf

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2008). Recuperado de http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/convencion_derechos_discapacidad.pdf

Convención sobre los Derechos del Niño. (1989). Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/convencion_2.pdf

NORMATIVA INTERNA UTILIZADA:

Acuerdo Ministerial 1829, de 06 de septiembre del 2012, de *Criterios de Inclusión de enfermedades consideradas catastróficas, raras y huérfanas para beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara.* Registro Oficial 798, de 27 de septiembre del 2012.

Acuerdo Ministerial 5169, de 19 de septiembre de 2014, de *Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS*. Registro Oficial Edición Especial 348, de 06 de agosto del 2015.

Acuerdo Ministerial 5316, de 05 de noviembre del 2015, de *Modelo de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial*. Registro Oficial Edición Especial 510, de 22 de febrero del 2016.

Código Civil (Codificación 2005-010), de 12 de abril del 2017. Registro Oficial Suplemento 46, de 24 de junio del 2005.

Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 2002-100), de 31 de mayo del 2017. Registro Oficial 737, de 03 de enero del 2003.

Código Orgánico de la Función Judicial, de 22 de mayo del 2015. Registro Oficial Suplemento 544, de 09 de marzo del 2009.

Código Orgánico General de Procesos, de 14 de noviembre de 2017. Registro Oficial Suplemento 506, de 22 de mayo del 2015.

Código Orgánico Integral Penal, de 14 de febrero de 2018. Registro Oficial Suplemento 180, de 10 de febrero del 2014.

Constitución de la República del Ecuador, de 14 de febrero de 2018. Registro Oficial 449, de 20 de octubre del 2008.

Decreto Ejecutivo 214, de 20 de enero de 2014, de *Reglamento General a la Ley Orgánica de Comunicación.* Registro Oficial Suplemento 170, de 27 de enero de 2014.

Ley de Derechos y Amparo del Paciente (Ley 77), de 22 de diciembre de 2006. Registro Oficial Suplemento 626, de 03 de febrero de 1995.

Ley Orgánica de Comunicación, de 30 de diciembre de 2016. Registro Oficial Suplemento 22, de 25 de junio de 2013.

Ley Orgánica de Defensa del Consumidor (Ley 21), de 13 de octubre del 2011. Registro Oficial Suplemento 116, de 10 de julio del 2000.

Ley Orgánica de Discapacidades, de 29 de abril del 2016. Registro Oficial Suplemento 796, de 25 de septiembre del 2012.

Ley Orgánica de Salud (Ley 2006-67), de 12 de abril del 2017. Registro Oficial Suplemento 423, de 22 de diciembre del 2006.

Ley Orgánica de Telecomunicaciones, de 18 de febrero del 2015. Registro Oficial Suplemento 439, de 18 de febrero del 2015.

Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud, Ley 67, para incluir el tratamiento de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas, de 24 de enero del 2012. Registro Oficial 625, de 24 de enero del 2012.

Ley Reformatoria al Código Civil, de 19 de junio del 2015. Registro Oficial Segundo Suplemento 526, de 19 de junio del 2015.

Plan Nacional para el Buen Vivir 2017-2021. Registro Oficial Suplemento 71, de 04 de septiembre del 2017.

JURISPRUDENCIA ECUATORIANA UTILIZADA:

Corte Suprema de Justicia, Tercera Sala (8 de Marzo de 1976). Nulidad de matrimonio. Gaceta Judicial No. 11, Serie XII.

LEGISLACIÓN INTERNACIONAL UTILIZADA (PARA ANÁLISIS DE LEGISLACIÓN COMPARADA):

Código Civil español. Real Decreto de 24 de julio de 1889. BOE-A-1889-4763 de 25 de julio de 1889.

Ley 1/2000, de 08 de enero de 2000, de *Enjuiciamiento Civil*. BOE-A-2000-323 de 08 de enero de 2001.

JURISPRUDENCIA INTERAMERICANA UTILIZADA:

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (4 de Julio de 2006) Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Recuperado de http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (19 de Noviembre de 1999). Caso de los "Niños de la Calle" (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Recuperado de http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_63_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (24 de Febrero de 2011). Caso Gelman Vs. Uruguay. Recuperado de http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_221_esp1.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (29 de Marzo de 2006). Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaxa Vs. Paraguay Recuperado de http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_146_esp2.pdf

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Sonia Amanda Mosquera Meza**, con cédula de ciudadanía número **171660128-9**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"Problemática jurídica de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en el Ecuador"**, previa a la obtención del título profesional de **ABOGADA** en la Facultad de **JURISPRUDENCIA**:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, Mayo de 2018

Sonia Amanda Mosquera Meza
C.C. 171660128-9

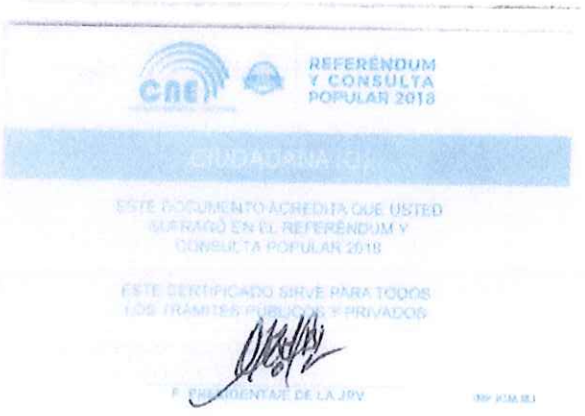
REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANIA N. 171660128-9
APELLIDOS Y NOMBRES
MOSQUERA MEZA
SONIA AMANDA
LUGAR DE NACIMIENTO
PICHINCHA
QUITO
CHIMBACALLE
FECHA DE NACIMIENTO 1998-09-30
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO F
ESTADO CIVIL SOLTERA

INSTRUCCIÓN SUPERIOR
PROFESIÓN / OCUPACIÓN ESTUDIANTE
V4343V4442
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
MOSQUERA PAZMIÑO CARLOS VLADYMIR
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
MEZA HERNANDEZ SONIA PATRICIA
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
QUITO
2014-02-04
FECHA DE EXPIRACIÓN
2024-02-04

CERTIFICADO DE VOTACIÓN
4 DE FEBRERO 2018

054
JUNTA No.
054 - 325
NUMERO
1716601289
CÉDULA
MOSQUERA MEZA SONIA AMANDA
APELLIDOS Y NOMBRES
PICHINCHA
PROVINCIA
CIRCUNSCRIPCIÓN:
QUITO
CANTÓN
ZONA: 1
COTOCOLLAO
PARROQUIA



REFERÉNDUM Y CONSULTA POPULAR 2018

CIUDADANÍA

ESTE DOCUMENTO ACREDITA QUE USTED SUFRAGÓ EN EL REFERÉNDUM Y CONSULTA POPULAR 2018

ESTE CERTIFICADO SIRVE PARA TODOS LOS TRÁMITES PÚBLICOS Y PRIVADOS

F. PRESIDENTA DE LA JRV