



El pediatra y los padres separados: derechos y deberes

P. IGLESIAS CASAS

Pediatra de atención primaria. Centro de Salud Isabel II. Parla (Madrid)

PUNTOS CLAVE

- Un alto porcentaje de los niños que atiende el pediatra son hijos de padres separados.
- La asistencia médica del menor hijo de padres separados comporta un riesgo añadido de contravenir la múltiple legislación aplicable.
- Conocer los términos de la sentencia judicial que regula la separación es clave para saber cómo dar respuesta a las demandas parentales.
- Los progenitores separados pueden ejercitar por representación los derechos de sus hijos, siempre y cuando conserven la patria potestad.
- Los derechos de los menores, en función de su edad y madurez, pueden contraponerse a los derechos de la patria potestad.

RESUMEN

En la primera parte de este artículo se hace un análisis de la evolución histórica y el estado actual de la legislación española que regula la disolución matrimonial, los diversos deberes y derechos que casi siempre conservan los padres, pero que a veces pierden, y la situación en que quedan los hijos. La segunda parte trata de articular entre sí los derechos, a veces contrapuestos, del triángulo padres-hijos-personal sanitario, en función de las diversas leyes y disposiciones que los regulan, haciendo especial hincapié en las precauciones específicas que ha de adoptar el pediatra en la atención de los hijos de padres separados para no vulnerar lo dispuesto por estas normas.

INTRODUCCIÓN

El pediatra de atención primaria, cuyos pacientes son siempre menores de edad, está habituado a manejar de forma subconsciente y natural todas las facetas que caracterizan la relación paterno filial. La mayoría de los niños son llevados a la consulta casi siempre por la misma persona, a la

que se acaba considerando proveedora principal de cuidados, y de quien se sobreentiende recibido el consentimiento implícito para las diversas intervenciones que se hayan de realizar con el menor. Este intuitivo y cómodo esquema se rompe cuando los padres se separan.

Hay muchas ocasiones en que la separación es, a medio o largo plazo, la mejor de las soluciones ante las desavenencias de una pareja cuya convivencia se ha hecho imposible, y en estos casos todos, hasta los hijos, saldrán finalmente beneficiados de ella. Pero incluso en estos casos, la ruptura de la pareja siempre representa un importante fracaso en el proyecto vital de los cónyuges, quienes la enfrentarán atravesando un período más o menos prolongado de desequilibrio emocional, que puede llegar a ser intenso, una especie de duelo durante el cual su inestabilidad psicológica les impedirá pensar con objetividad en las necesidades de las otras personas (hijos, abuelos...) afectadas por la separación.

Es lo que hace que durante este proceso, casi siempre guiados por el sentimiento de despecho y el deseo de venganza, pero también tratando de obtener una posición de prevalencia frente al otro cónyuge, utilicen la atención a los hijos como arma arrojadiza, acusándose mutuamente de hechos o situaciones, reales o ficticios, que demuestren la inadecuación de los cuidados que la parte contraria presta a los hijos, frente a lo adecuado de los propios. Llegando al extremo de provocar en los hijos el llamado *síndrome de alienación parental*, un estado obsesivo de denigración extrema del otro progenitor que puede acabar por destruir los vínculos de los hijos con éste último¹.

El cuidado de los hijos suele ser precisamente el principal punto de desacuerdo, y como parte esencial del mismo la atención sanitaria. Esto hará que, en muchos casos, el pediatra se vea sometido a un cruce continuo de acusaciones mutuas y a la solicitud reiterada de informes y certificados médicos relativos a las circunstancias, reales o percibidas, que pretenden utilizar el uno contra el otro. Las cosas se complicarán aún más cuando se produzca el inevitable posicionamiento partidista de otros familiares (tíos, abuelos) que también participan en el cuidado de los hijos.

Aun teniendo en cuenta que el médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos sus pacientes, sin discriminación alguna, y que la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente, anteponiendo su salud a cual-

Tabla 1
RECOPIACIÓN DE LA NORMATIVA APLICABLE

<p>CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978) Disponible en: http://www.boe.es/datos_iberlex/normativa/TL/ConstitucionCASTELLANO.pdf</p>
<p>CÓDIGO CIVIL Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Privado/cc.html</p>
<p>CÓDIGO PENAL LEY ORGÁNICA 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 281, de 24-11-95) Disponible en: http://constitucion.rediris.es/legis/1995/lo10-1995.html</p>
<p>CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA (1999) Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/Codigo.pdf</p>
<p>LEY GENERAL DE SANIDAD Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (BOE núm. 102, de 29-04-86) Disponible en: http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1986/10499</p>
<p>LEY DEL DIVORCIO (2005) Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio (BOE núm. 163, de 09-07-05) Disponible en http://www.boe.es/boe/dias/2005/07/09/pdfs/A24458-24461.pdf</p>
<p>LEY DEL DIVORCIO (1981) LEY 30/1981, de 7 de julio, por la que se modifica la regulación del matrimonio en el código civil y se determina el procedimiento a seguir en los casos de nulidad, separación y divorcio (BOE núm. 172, de 20-07-81). Disponible en http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1981/16216</p>
<p>DERECHOS DEL NIÑO Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, hecha en Nueva York el 20 de noviembre de 1989 (BOE núm. 313, de 31-12-90) Disponible en: http://iass.aragon.es/Menores/DocsPDF/BOE313_31_12_1990ConvencionDerechosNino.pdf</p>
<p>CONVENIO DE OVIEDO Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (BOE núm. 251, de 20-10-99) Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf</p>
<p>LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274, de 15-11-02) Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf</p>
<p>LEY DE PROTECCIÓN DATOS CARÁCTER PERSONAL Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14-12-99) Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf</p>
<p>REAL DECRETO 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal (BOE núm. 151, de 25-06-99) Disponible en: http://www.ua.es/es/normativa/datospersonales/pdfs/RD994-1999.pdf</p>
<p>REAL DECRETO 1332/1994, de 20 de junio, por el que se desarrolla determinados aspectos de la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal. Disponible en: https://www.agpd.es/upload/Canal_Documentacion/legislacion/Estatal/A.7)%20Real%20Decreto%201332-94%20.pdf</p>

quier otra conveniencia²; en estos casos el pediatra además ha de mantenerse alerta y recordar que los diversos derechos y obligaciones que van a ser esgrimidos por cada uno de los implicados, y que parecen a veces colisionar entre ellos (o al menos plantean grandes dudas), en realidad están

regulados por diversas leyes y disposiciones (tabla 1) que se han de conocer a fondo para saber dar la respuesta adecuada a cada una de esas presiones y demandas, ya que se refieren a derechos fundamentales de la persona, como la salud o la privacidad, que no se pueden contrariar.

DISOLUCIÓN DE LA PAREJA

Todos los aspectos de las relaciones civiles entre las personas, y entre ellas la conyugal y la paterno filial, están regulados por el Código Civil (CC), una norma que data de 1889, aunque se ha venido renovando mediante diversas leyes que lo mantienen actualizado y ajustado a la Constitución. Una de las más recientes ha sido precisamente la Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil *en materia de separación y divorcio*, que ha introducido modificaciones sustanciales respecto a la situación anterior. Conviene que el pediatra conozca lo esencial de esta legislación para poder comprender y manejar las diferentes fases jurídicas que atravesarán los cónyuges en su proceso de separación.

El artículo 32 de la Constitución Española de 1978 estableció el derecho al matrimonio según los valores y principios constitucionales de igualdad. La Ley 15/2005 modificó el artículo 68 del CC, estableciendo que, al contraer matrimonio, «*los cónyuges adquieren voluntariamente el compromiso de vivir juntos, guardarse fidelidad y socorrerse mutuamente, compartir las responsabilidades domésticas y el cuidado y atención de ascendientes y descendientes y otras personas dependientes a su cargo*». Este vínculo, que constituye una relación jurídica disoluble, se puede disolver por tres vías diferentes: la anulación, la separación y el divorcio. Cualquiera de ellos debe ser solicitado ante el juez, y el simple hecho de ser admitida la demanda ya produce automáticamente algunos efectos, entre ellos la posibilidad de vivir separados (el cónyuge interesado puede abandonar el domicilio familiar sin incurrir en un delito de abandono de familia) y el cese de los deberes entre los cónyuges.

Además, lo más importante, la demanda ha de incorporar un convenio que regule los efectos derivados de la disolución, bien sea propuesto por los cónyuges previo consenso o, en su defecto, impuesto por el juez. Este convenio regulador se refiere sobre todo a la situación y cuidado de los hijos tras la ruptura, lo que se ha visto modificado en parte por la nueva redacción del artículo 68 del CC, como será descrito más adelante.

El título IV del CC establece los requisitos y formalidades necesarios para la celebración del matrimonio. Se puede solicitar la nulidad cuando existió un vicio en su celebración, bien por incumplimiento de algún requisito (por minoría de edad, falta de consentimiento, consanguinidad sin dispensa, falsa identidad, coacción, miedo, etc.), o bien porque hubo algún defecto de forma (incumplimiento de los requisitos procedimentales en cuanto autoridad celebrante, testigos, etc.). La demanda de nulidad la pueden presentar no sólo los cónyuges, sino también el Ministerio Fiscal, o cualquier otra persona que tenga interés directo y legítimo en ella (por ejemplo, los padres cuando el casado es un menor). Además, tiene plazo de caducidad, ya que no puede presentarse si la convivencia se ha mantenido durante más de un año después de haber desaparecido la causa de nulidad (p. ej., un año después de haberse alcanzado la mayoría de edad).

Al contrario que la nulidad, la sentencia de **separación** no acaba con el vínculo matrimonial, tan sólo suspende la vida en común de los casados, pero dejando abierta la puerta a

una posible reconciliación. Si una pareja separada se reconcilia, cada cónyuge debe comunicárselo individualmente al juez, y con ello se pone término al procedimiento de separación, quedando sin efecto todo lo que hasta entonces se hubiera resuelto en el mismo. Como enseguida veremos, esta forma de disolución, aunque todavía posible, ha perdido el significado ralentizador que le daba la anterior legislación, en la cual era una situación previa indispensable para, después de un largo período, poder solicitar el divorcio.

Durante el primer siglo de vigencia del Código Civil español, el vínculo matrimonial nunca fue disoluble por la voluntad de uno solo de los cónyuges. El **divorcio** se introdujo por primera vez en España por una ley republicana de 1932, que permitía solicitarlo de mutuo acuerdo a partir de los 2 años de matrimonio, o de forma unilateral si el cónyuge había incurrido en alguna de las causas que contemplaba la ley. En cualquier caso, no había necesidad de separación previa.

Este derecho, que fue derogado en 1939, se recuperó en la época constitucional con la Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determina el procedimiento a seguir en los casos de nulidad, separación y divorcio. Con esta ley, que ha estado en vigor hasta hace bien poco tiempo, en ningún caso podía disolverse el matrimonio como consecuencia de un simple acuerdo en tal sentido de los consortes, mucho menos por la voluntad de sólo uno de ellos. Establecía un principio causalista en las crisis matrimoniales, obligando a airear las razones de la desavenencia, concibiendo el divorcio como el último recurso para cuando era evidente la imposibilidad de una reconciliación, y exigiendo, para divorciarse, pasar previamente por un prolongado período de separación, que tenía ese sentido preventivo o ralentizador que antes se ha mencionado, pues daba pie a una posible reconciliación. Era, por lo tanto, un derecho muy restrictivo, con un doble procedimiento judicial, largo y caro: cuando se producía de mutuo acuerdo, no se podía solicitar la primera sentencia (de separación) hasta que hubiera pasado un año desde el matrimonio, y la segunda (de divorcio) hasta que hubiera pasado otro año de separación. Cuando era solicitado por uno solo de los cónyuges, aparecían los conceptos de causalidad y culpabilidad, y sólo el cónyuge no culpable podía solicitar –conceder– el divorcio, después de un período aún más largo de separación efectiva. Era, además, un procedimiento estrictamente judicializado, en el que los padres poco tenían que decidir, por ejemplo, respecto a la situación en que quedarían los hijos.

Desde entonces se ha venido produciendo en nuestra sociedad un cambio evidente en el modo de concebir las relaciones de pareja, propiciado por la incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo, la equiparación progresiva de los roles de género, y la aparición de nuevas formas de familia (matrimonio homosexual, parejas de hecho, familias monoparentales, familias reconstituidas), que han desbancado al matrimonio como única forma de organizar la convivencia entre dos personas y han hecho que éste se perciba de un modo menos rígido. A este cambio social no han sido insensibles los tribunales de justicia, que pese a estar en vigor la causalista Ley 30/1981 la han venido aplicando de forma cada vez más flexible, liberando a los cónyuges de la

obligatoriedad de acreditar la causa de la separación y abreviando la duración del proceso cuando era evidente la imposibilidad de una reconciliación³.

Esta nueva conciencia judicial y social es lo que ha propiciado la promulgación de la Ley 15/2005, que ha introducido cambios sustanciales, siendo uno de los principales la desaparición del sistema causalista, al reconocer la plena libertad de las personas tanto para vincularse en matrimonio como para desvincularse del mismo: basta con que uno de los cónyuges no desee continuar su matrimonio, para que pueda solicitar su disolución (separación o divorcio), sin alegar causa alguna y sin que ni el otro cónyuge ni el juez puedan oponerse a ella. Además se reducen o desaparecen otros obstáculos procesales: se suprime el requisito de separación previa –el llamado «doble procedimiento»–, y se reduce de un año a sólo 3 meses el plazo mínimo que debe transcurrir desde la celebración del matrimonio para solicitar su disolución. Finalmente, se desjudicializa el proceso, aumentando la libertad de decisión de los padres respecto a las consecuencias de la disolución (como se verá al hablar del convenio regulador), y permitiendo acudir a la mediación familiar, como mecanismo sustitutivo de la actuación judicial.

Su entrada en vigor ha facilitado tanto la disolución del matrimonio que ha sido llamada *la ley del divorcio express*⁴. España es uno de los países de nuestro entorno donde la disolución del vínculo matrimonial es más fácil y rápida; la mayoría de los países aún siguen el sistema causalista y cuando no, tienen establecidos períodos previos de separación que van desde los 6 meses hasta varios años. Lógicamente este cambio del marco legislativo se ha visto inmediatamente reflejado en las estadísticas, y aunque la ley mantiene la separación como figura autónoma (para aquellos cónyuges que, por los motivos que sea, prefieran recurrir a ella), según los últimos datos oficiales publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)⁵, en el año 2006 se produjo un espectacular incremento de los divorcios (que fueron el 87% de las rupturas, subiendo en un 74,3% con respecto al año anterior) frente a un descenso equiparable de las separaciones (que representaron el 12,88%, bajando en un 70,7%); igualmente, el número de matrimonios rotos antes de un año ascendió en un 330,6%. Las nulidades fueron anecdóticas dentro del total de rupturas (un 0,12%). En números absolutos, las parejas disueltas en el año 2006 según dicha fuente fueron 145.919, y de ellas casi la mitad no tenía hijos.

EL CONVENIO REGULADOR

En el mismo momento en que se inicia el proceso de disolución de la pareja han de quedar perfectamente definidas una serie de medidas que regulen la situación de los cónyuges y de los hijos a partir de entonces. La Ley 15/2005 reforzó la libertad de decisión de los cónyuges y dejó en un segundo plano la intervención judicial, al establecer que si la demanda de separación se presenta de mutuo acuerdo (no contenciosa), ha de ir obligatoriamente acompañada de este convenio regulador, con un contenido mínimo preceptivo (tabla 2). Los cónyuges tienen total libertad para acordar sus

Tabla 2
CONTENIDO DEL CONVENIO REGULADOR

- El cuidado de los hijos sujetos a la patria potestad de ambos, el ejercicio de ésta y, en su caso, el régimen de comunicación y estancia de los hijos con el progenitor que no viva habitualmente con ellos
- Si se considera necesario, el régimen de visitas y comunicación de los nietos con sus abuelos, teniendo en cuenta siempre el interés de aquéllos
- La atribución del uso de la vivienda y ajuar familiar
- La contribución a las cargas del matrimonio y alimentos, así como sus bases de actualización y garantías en su caso
- La liquidación, cuando proceda, del régimen económico del matrimonio
- La compensación con la que, en su caso, uno de los cónyuges haya de resarcir al otro, ya sea en forma de pensión (temporal o indefinida) o como indemnización única

términos y el juez se limita a aprobarlo: si se opone, ha de ser de forma motivada y sólo cuando los acuerdos propuestos sean dañosos para los hijos o gravemente perjudiciales para uno de los cónyuges. En el año 2006, el 52% de las separaciones y el 65,3% de los divorcios fueron de mutuo acuerdo.

Por el contrario, en la demanda contenciosa de separación, solicitada por uno solo de los cónyuges, es el juez quien dicta estas medidas, que son provisionales (también llamadas simultáneas), en tanto se tramita el procedimiento de disolución. En ocasiones, en caso de urgente necesidad (maltrato), puede el Juez dictarlas incluso antes de que ninguno de los cónyuges haya presentado la demanda de separación (medidas previas o provisionalísimas). En cualquier caso, en lo que respecta a los hijos, en la disposición judicial se adjudica la patria potestad y se decide el progenitor que quedará con los hijos en la vivienda familiar, el régimen de visitas que disfrutará el otro y la pensión de alimentos que éste deberá satisfacer. En cualquier momento del procedimiento pueden los cónyuges llegar a un acuerdo, recurrir a la mediación y presentar su propio convenio regulador.

La patria potestad

La minoría de edad es un estado civil que se caracteriza por la sumisión y dependencia del menor a otras personas, sus padres o sus tutores, que ostentan su representación al considerarse que éste no tiene la suficiente capacidad de entendimiento. La capacidad de decisión del menor se encuentra limitada, y para la realización de determinados actos necesitará el consentimiento de sus representantes legales. La disolución de la pareja no produce ningún cambio en las responsabilidades que los progenitores tienen con respecto a sus hijos menores de edad o incapacitados, ya que éstas no dependen del estado civil, sino que se adquieren en el momento de la filiación, cuando el hijo es inscrito en el Registro Civil reconociéndolo como propio, tanto si es natural

(matrimonial o no) como adoptado. Dicho de otro modo, la paternidad se basa en la relación padre-hijo y no en las relaciones entre los padres.

Estas responsabilidades se concretan en el concepto de patria potestad, que se define como «el conjunto de derechos que la ley confiere a los padres sobre la persona y bienes de sus hijos no emancipados, así como el conjunto de deberes que también deben cumplir los padres». La patria potestad *ha de ejercerse siempre en beneficio de los hijos*, y los deberes de los padres incluyen la obligación de estar con ellos, cuidarlos, protegerlos, alimentarlos, educarlos, procurarles una formación integral, representarlos legalmente y administrar sus bienes.

Ser el padre biológico no lleva automáticamente implícita la patria potestad si no se ha producido la filiación: cuando el hijo de una madre soltera no ha sido reconocido por su padre, aunque éste sea conocido, la patria potestad la tiene sólo la madre. Tampoco la filiación lleva siempre implícita la patria potestad, ya que hay dos casos en los que un progenitor se encuentra directamente privado de ella: a) cuando haya sido condenado por sentencia penal firme por un delito (violación u otro) a consecuencia del cual se produjo la concepción del hijo, y b) cuando la paternidad se ha tenido que determinar judicialmente y demostrarse pese a la negativa u oposición del progenitor. En ambos casos, el privado de la patria potestad sigue teniendo una obligación, la prestación de alimentos al menor, es decir, participar en el pago de todo lo que sea indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica, la educación e instrucción y los gastos de embarazo y parto.

Es la patria potestad, mientras se ostente, la que confiere a los padres el derecho a ser interlocutor y decidir en los asuntos que conciernen a la salud de su hijo, y por lo tanto es, desde el punto de vista jurídico, el elemento clave que ha de tener en cuenta el pediatra cuando atiende a un niño. Sin embargo, cuando se trata de la atención sanitaria, se producen algunas limitaciones a la patria potestad, en función de la edad del menor, que se describirán más adelante.

En la inmensa mayoría de disoluciones matrimoniales la patria potestad sigue siendo compartida, aunque los cónyuges pueden acordar en el convenio regulador que el ejercicio se atribuya exclusivamente a uno de ellos; lo mismo sucede en las disoluciones contenciosas, pues sólo en casos extremos (malos tratos, etc.) le es retirada a un progenitor. Si más adelante se producen desacuerdos en su ejercicio, cualquiera de los dos podrá acudir al juez quien, después de oír a ambos y también al hijo si es mayor de 12 años (o aun siendo menor, si se le atribuye suficiente juicio), adjudicará la facultad de decidir al padre o a la madre, ya sea de forma puntual para un asunto determinado o bien de forma más prolongada, cuando el desacuerdo y conflicto entre los padres se vuelve reiterado. La patria potestad también puede ser retirada o suspendida por sentencia judicial, cuando un progenitor incumple sus deberes, tiene un trato abusivo o cruel, o una conducta que pone en peligro la formación de los hijos; del mismo modo puede ser restituida cuando se acredita que han desaparecido las razones por las que se suspendió. Excepcionalmente, la patria potestad puede ad-

judicarse a abuelos, otros parientes u otras personas que la acepten, o a una institución; en estos casos se ejerce la función tutelar bajo la autoridad del juez.

La patria potestad se extingue al fallecer el progenitor y cuando el hijo alcanza la mayoría de edad, se emancipa o es adoptado. La mayoría de edad es un estado civil por el que la persona adquiere plena independencia y capacidad de obrar, lo que sucede a los 18 años, aunque la patria potestad se prolonga más allá de esta edad en el caso de los hijos incapacitados (patria potestad prorrogada). La emancipación es una situación especial que se puede adquirir a partir de los 16 años y, desde el punto de vista de la asistencia sanitaria, otorga al joven todos los derechos de la mayoría de edad, ya que sus pocas limitaciones se refieren sólo a actos de índole económica o patrimonial, para los que sí se requiere el consentimiento de padres o tutores. El beneficio de la emancipación lo puede conceder quien ostente la patria potestad (padres o tutores), siempre con la conformidad del interesado, y una vez que se obtiene es irrevocable. También se puede obtener por demanda del interesado ante el juez, cuando se dan determinadas circunstancias en quien ejerce la patria potestad. Se considera emancipado el hijo mayor de 16 años que ha contraído matrimonio o vive de forma independiente con consentimiento de sus padres. Finalmente, se considera emancipado el hijo mayor de 14 años que ha contraído matrimonio (la edad mínima prevista por el ordenamiento jurídico para poder contraer matrimonio, previa dispensa del juez).

La guarda y custodia

La guarda y custodia determina con qué progenitor van a vivir los hijos tras la disolución matrimonial. En España no existe una definición legal del concepto de guarda y custodia, aunque el Tribunal Supremo en alguna de sus sentencias la ha identificado con «la función de los padres de velar por los hijos y tenerlos en su compañía». Se puede considerar que incluye el derecho y el deber de decidir el lugar de residencia y de educación, el estilo de vida y hábitos (alimentación, vestido, salud...) y la supervisión y vigilancia de sus actividades (lecturas, amistades...); otorga el derecho a tener consigo al niño en casa y a exigir a las autoridades públicas que le sea devuelto en caso de huida o retención por terceros, y la obligación de responsabilizarse civilmente de sus actos. Si el ostentar la patria potestad es el elemento esencial que capacita al progenitor para la representación legal de su hijo, el tener su guarda y custodia es la situación que le permite el ejercicio práctico de los deberes y derechos («estar con ellos, cuidarlos, protegerlos, alimentarlos...») que aquella conlleva. Por lo tanto, es otro de los contenidos esenciales del convenio regulador, y el desacuerdo con el mismo es la principal causa del conflicto parental tras la separación contenciosa («conflicto de custodia»).

A este respecto, la legislación anterior a 1990 reflejaba el tradicional concepto de la familia jerarquizada donde había un reparto de tareas, las domésticas o del hogar a la madre y las profesionales al padre; y así disponía que «si los padres

viven separados y no decidieren de común acuerdo, los hijos e hijas menores de 7 años quedarán al cuidado de la madre, salvo que el juez, por motivos especiales, proveyese de otro modo». Esto, que evidentemente encerraba una preferencia o trato inadecuado por razón de sexo, chocaba frontalmente con el principio de igualdad proclamado en los artículos 14 y 32 del texto constitucional, y fue primero corregido por la Ley 11/1990, de 15 de octubre, sobre reforma del Código Civil en aplicación del principio de no discriminación por razón de sexo, al redactar de nuevo el artículo 159 del CC: «Si los padres viven separados y no decidieren de común acuerdo, el juez decidirá, siempre en beneficio de los hijos, al cuidado de qué progenitor quedaran los hijos menores de edad. El juez oírán, antes de tomar esta medida, a los hijos que tuvieren suficiente juicio y, en todo caso, a los que fueran mayores de 12 años». Y después complementado con la nueva redacción que la Ley 15/2005 dio al artículo 68 del CC: «Los cónyuges están obligados a... compartir las responsabilidades domésticas y el cuidado y atención de ascendientes y descendientes y otras personas dependientes a su cargo», otro de los cambios sustanciales que ha introducido esta ley, al ser la primera vez que el ordenamiento jurídico iguala a ambos cónyuges en responsabilidad doméstica y cuidado de los hijos, implicándolos a ambos en su cuidado y atención diaria pese a la existencia de una crisis conyugal, y dejando la puerta abierta a un nuevo tipo de reparto de la custodia: la custodia compartida⁶.

Así pues, actualmente este aspecto de la separación se puede resolver de dos formas. En la primera, a uno de los cónyuges se le adjudica la guardia y custodia y al otro un régimen de visitas y, casi siempre, el pago de una pensión; el régimen de visitas es el tiempo que el niño convive con el progenitor que no tiene la custodia, y le proporciona a éste la posibilidad de ejercer, al menos en parte, la patria potestad. La alternativa, la custodia compartida, consiste en que ambos progenitores se reparten prácticamente al 50% el tiempo que los hijos viven con cada uno de ellos; en tal caso no suele haber pago de pensión, y aunque no obligatoriamente, la domiciliación podría adquirir una nueva modalidad: los hijos permanecer siempre en el mismo domicilio, y ser los padres los que alternen su residencia.

Cuando los progenitores proponen de mutuo acuerdo quién y en qué forma se quedará con los niños, el juez se limitará a aprobar y ratificar dicho acuerdo sin cuestionarlo, a no ser que considere que puede haber un riesgo claro para los menores. Los mayores problemas de la separación vienen cuando no existe un acuerdo previo y es el juez quien debe decidir. Esta decisión siempre trata de lograr el interés y beneficio de los hijos y no el de los padres, procurando no separar a los hermanos y recabando su opinión si tienen más de 12 años; el juez tiene en cuenta muchos otros factores, como la edad de los niños, la cercanía de otros miembros de la familia como los abuelos, la disponibilidad de los padres para poder atenderles mejor o peor, el tipo de vida de cada uno de los cónyuges o si tienen algún tipo de adicción o enfermedad mental, o la dedicación que cada progenitor ha tenido hacia el menor antes de producirse la ruptura. En el 97% de los casos, la sentencia es favorable a la madre, estableciendo para el padre un régimen de visitas

Tabla 3
DEBERES Y DERECHOS
DE LOS PADRES SEPARADOS

CON CUSTODIA

Derechos:

- El disfrute diario de los hijos
- Tomar las decisiones que afectan a los niños en el día a día
- Administrar sus bienes y la pensión alimenticia

Obligaciones:

- Alimentarles, educarles y darles la compañía y el cariño necesarios
- Facilitar el cumplimiento del régimen de visitas
- Informar al otro progenitor de las incidencias importantes que le sucedan al menor

SIN CUSTODIA

Derechos:

- Disfrutar del régimen de visitas acordado
- Ser informado de todas las incidencias importantes
- Ejercer la patria potestad, si sigue siendo compartida
- Acudir al juez en caso de que se produzca algún incumplimiento

Obligaciones:

- Cumplir con todo lo acordado en el convenio regulador (régimen de visitas, pensiones alimenticias, etc.)
- Velar por ellos en todo lo que se refiere a salud, educación y desarrollo integral de su persona

que suele consistir en fines de semana alternos y la mitad de los períodos vacacionales. Los jueces suelen ser muy poco proclives a conceder la custodia compartida a petición de uno solo de los cónyuges (generalmente el padre), ya que es una situación que requiere muchas circunstancias favorables (buena relación entre los progenitores, domicilios cercanos, etc.), aunque no deja de ser una posibilidad contemplada por la ley siempre que se den tales circunstancias, se considere beneficioso para los hijos, no se separe a los hermanos, se recabe la opinión de los que tengan suficiente juicio o sean mayores de 12 años y se tenga el informe favorable de la fiscalía.

Si se produce algún incumplimiento en las diversas obligaciones y derechos que ostenta cada uno de los cónyuges tras la resolución (tabla 3), cualquiera de ellos puede acudir al juez en demanda de que se hagan cumplir. Tampoco la separación de los padres puede impedir sin motivo las relaciones personales del hijo con sus abuelos y otros parientes y allegados. En caso de oposición, el juez, a petición del menor, abuelos, parientes o allegados, resolverá atendidas las circunstancias.

En el ámbito administrativo, y concretamente en la asistencia sanitaria, la guarda y custodia tiene una cierta importancia, ya que la adscripción de servicios sanitarios va ligada a la domiciliación, y la ley exige que los menores de edad residan y, por lo tanto, estén empadronados en el mismo domicilio de quien la ejerza⁷, salvo que otorgue autorización por escrito para residir en otro lugar.

LA ASISTENCIA SANITARIA DEL MENOR

Como concluye un reciente informe de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Madrid⁸, el papel que ejerce el pediatra en el caso de los padres separados debe tener como objetivo primordial en cualquier caso la salud del niño, aunque no por ello puedan obviarse los derechos que tienen los padres como titulares de la patria potestad, en tanto en cuanto son los representantes legales del menor. Y no hay que olvidar que en la atención médica entra en escena un «tercero de buena fe», el personal sanitario, con sus propios derechos que también se deben salvaguardar.

Dada la frecuencia de separaciones en España, y que superada la inestabilidad emocional de las primeras fases del proceso es fácil que esta situación pase desapercibida, el pediatra debiera averiguar explícitamente las circunstancias familiares de todos sus pacientes y, cuando proceda, recabar del padre o de la madre el texto de la disposición que apruebe el convenio regulador, la resolución judicial de medidas previas o provisionales o el texto de la sentencia que haya puesto fin al procedimiento, con objeto de documentar la situación legal del menor. Y recordando que ésta no es inmutable, sino que puede cambiar de la resolución provisional a la definitiva o sufrir suspensiones o adjudicaciones temporales: en estos casos siempre habrá un cónyuge beneficiado y dispuesto a informar al pediatra de las nuevas circunstancias. La pérdida de la patria potestad conlleva la pérdida de la representación legal del menor y con ella la del derecho a acceder a sus datos personales, a no ser con el consentimiento del otro progenitor.

En el caso de desacuerdo entre ambos progenitores, éste sólo será relevante si es expreso y manifiesto, ya que el artículo 156 del CC establece que, «*respecto de terceros de buena fe, se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro*», y que «*serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias, o en situaciones de urgente necesidad*». Si se tiene constancia de la discrepancia de uno de los progenitores, tratándose de actuaciones no urgentes se debe recabar la decisión judicial.

En el caso de desacuerdo entre uno o ambos progenitores y el pediatra, hay que recordar que el CC establece que «*la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a su integridad física y psicológica*», y que deja abierta la puerta para que el juez adopte «*las disposiciones que considere oportunas a fin de apartar al menor de un peligro o de evitarle perjuicios*». Un caso especial es cuando se trata de urgencia vital, pues independientemente del criterio, coincidente o no, de uno o de ambos progenitores, ningún criterio merece mayor protección que el beneficio y el interés del menor, como establece el artículo 3.1 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, ratificada por España el 30 de noviembre de 1990, y en este caso corresponde al médico asumir la salvaguarda, tutela y protección del menor, cuando su criterio, ajustado a la *lex artis*, redunde en su beneficio directo, por lo que es obligado y

*legítimo instaurar un tratamiento pese al rechazo y negativa de los padres*⁹.

Sin embargo, lo más común es que la colisión de derechos se produzca entre los padres y el propio menor, un conflicto complejo que depende más de la edad y madurez del hijo que de la situación civil de sus padres, que se complica más aún cuando éstos están separados y cuyo análisis en profundidad ya ha sido hecho por otros autores⁹⁻¹³ y sobrepasa el propósito de este trabajo. Resumiendo, se puede decir que las diversas legislaciones, incluida la Ley General de Sanidad (LGS), han venido supeditando el ejercicio de los derechos individuales de los ciudadanos a su capacidad de obrar, un concepto jurídico que se adquiere con la mayoría de edad; atribuyendo mientras tanto a la patria potestad, en todos los casos, la capacidad de información y de decisión sobre la salud de los menores, y olvidando que la mayoría de edad no se alcanza a los 18 años de forma abrupta, sino tras un largo proceso madurativo que hace inadmisibles igualar bajo el término de «menor» a cualquier individuo por debajo de esa edad, sin tener en cuenta cuánto tiempo le falte para alcanzarla.

La madurez

No obstante, en base al artículo 162 del CC («*los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados. Se exceptúan los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo*»), la doctrina ha venido elaborando un régimen jurídico general sobre la capacidad de autodeterminación de los menores de edad^{14,15}, otorgando validez a sus decisiones siempre que tuvieran suficiente capacidad de juicio.

Este elemento esencial, la capacidad de juicio, aparece por primera vez en el Convenio del Consejo de Europa sobre Biomedicina (Convenio de Oviedo, 1997), al establecer que «*la opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez*», el cual entró en vigor en España en el año 2000, y fue el antecedente de una ley esencial, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente (LAP), que ha supuesto un gran avance en el respeto al menor de edad al no excluirlo expresamente en el pronunciamiento de los derechos que la ley reconoce, como los de la información, la intimidad, la confidencialidad, o la autonomía (consentimiento informado). A este respecto tiene particular relevancia su artículo 9 sobre *Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación* que especifica que «*Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:...* c) *Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación...*».

Autonomía del menor

En definitiva, la LAP reconoce al menor la capacidad para decidir sobre diversas cuestiones relativas a su salud, lo que puede generar un conflicto con sus padres o tutores, sobre todo en terrenos como la sexualidad, consumo de sustancias, trastornos mentales, situaciones de riesgo vital, etc. Esto obliga al médico o pediatra a ponderar su valoración de la madurez del menor, basada al fin y al cabo en datos subjetivos, en función de la importancia y gravedad de la circunstancia de que se trate, y teniendo en cuenta que en caso de actuación de grave riesgo, aun en jóvenes de 16 años que ya han alcanzado la mayoría de edad sanitaria, «los padres han de ser informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente». Es evidente que la LAP, como casi todas las leyes, es ambigua y sujeta a interpretación, y en este caso no aclara cuándo es suficiente el consentimiento del menor, o si siempre debe ir acompañado del de sus padres (o al menos de su conocimiento), dando pie a cierto grado de contestación social y a interpretaciones jurídicas contrarias a este grado de capacidad de decisión¹⁶.

Siempre con estas prevenciones en mente se puede perfilar el cuadro de las edades (tabla 4) en las que el menor va adquiriendo progresivamente su capacidad de obrar:

- A partir de los 12 años el menor puede ser considerado maduro¹⁷ si a juicio del médico tiene un grado de capacidad intelectual y emocional tal que le permite comprender el alcance de una intervención en cuanto a la salud, la vida o la integridad personal, derechos de la personalidad que no son transferibles ni representables. El menor maduro puede decidir sobre ella y prestar su consentimiento válido. En casos de conflicto entre la voluntad del menor maduro y sus representantes legales, debe primar la autonomía del menor, si tiene madurez suficiente a juicio del médico.
- A los 13 años el menor adquiere la capacidad legal de tener relaciones sexuales consentidas¹⁸. Si a juicio del médico está intelectual y emocionalmente capacitado para ello, no necesita otro consentimiento para solicitar medidas contraceptivas, ya que la representación legal inherente a la patria potestad no se extiende a «los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus

condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo». Si el médico cree que no lo está, habrá de pedirle que acuda acompañado de su representante legal, pero siempre respetando el deber de confidencialidad (el médico no debe informar directamente a los padres de la solicitud del menor). España es el país de la Unión Europea con la edad mínima de consentimiento más baja (en Irlanda es de 16 años, y, en general, entre 14 y 15 años), lo que también genera importante debate¹⁹. Las relaciones sexuales con menores de 13 años son siempre delictivas, por lo que la solicitud de medidas anticonceptivas en este caso (ya sea por el menor o por su representante legal) habría de ponerse en conocimiento de la autoridad, para evitar o prevenir un posible delito de agresión sexual.

- A los 14 años se presupone legalmente la suficiente capacidad de discernimiento y madurez para adoptar por sí solos determinados actos de la vida civil, más allá de los relativos a los derechos básicos de la personalidad. Entre ellos, contraer matrimonio (previa dispensa judicial), adquirir la nacionalidad española, prestar testamento o disponer de sus datos personales (derecho a la absoluta confidencialidad de sus datos clínicos, incluso frente a sus progenitores o representantes legales)²⁰.
- A los 16 años se alcanza la mayoría de edad sanitaria y ya no cabe el consentimiento por representación. Esta mayoría de edad sanitaria no es aplicable en tres supuestos: la interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida, que se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por sus disposiciones específicas.

LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Lo mismo que sucede con la asistencia sanitaria, las actuales disposiciones relativas al manejo de la documentación clínica son el reflejo de la nueva orientación que, a partir de la LGS, se ha querido dar a las relaciones asistenciales, cuyo eje es el paciente. Estas disposiciones, que se refieren sobre todo al derecho a la intimidad y confidencialidad, y por tanto a la obligatoriedad del secreto médico, están reguladas por la propia LGS, la LAP, el Código Penal, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y el Código de Deontología Médica, los cuales establecen la forma como han de ser recogidos, reservados, accedidos, custodiados y destruidos estos datos. El riesgo de caer, por imprudencia, descuido o engaño, en un delito de revelación de secreto planea siempre sobre el médico, y más aún en aquellos casos en que tales derechos se van a ejercer por representación.

Historia clínica

La historia clínica (HC) incluye todos los documentos relativos al proceso asistencial ordenados cronológicamente y

Tabla 4

PROGRESIVA AUTONOMÍA DEL MENOR

12 años	Posible presunción de madurez para el ejercicio de derechos de la personalidad
13 años	Capacidad para relaciones sexuales consentidas
14 años	Capacidad para el ejercicio de actos civiles
16 años	Mayoría de edad sanitaria (con algunas excepciones)
18 años	Mayoría de edad

con identificación de los profesionales que hayan intervenido en ellos^{21,22}. Los profesionales tienen el derecho y la obligación de confeccionarla pudiendo incluir en ella sus propias anotaciones subjetivas. El paciente tiene el derecho a que quede en ella constancia documental de toda la información obtenida en sus procesos asistenciales, a que sea conservada garantizando su inalterabilidad y a que sea custodiada garantizando su confidencialidad. Los datos de carácter sanitario se consideran especialmente protegidos y, por lo tanto, están sometidos a los niveles más rigurosos de las leyes que los regulan.

La principal finalidad de la HC es asistencial, como instrumento que garantiza una atención adecuada al paciente, y tiene que ser accesible en todo momento a los profesionales que participen en ella, y sólo a ellos, quedando obligados por el secreto profesional. Se le pueden dar otros usos clínicos (epidemiológicos, de salud pública, investigación, docencia), siempre que se asegure la confidencialidad. Finalmente, puede tener un interés judicial, en cuyo caso se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso de que se trate.

Los datos de la HC se deben conservar como mínimo durante 5 años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial, aunque en determinados casos este plazo puede ser más largo. La obligación de conservación y custodia de la HC recae sobre el *responsable del fichero*, que es el propio médico cuando ejerce de forma autónoma y por cuenta propia, o la entidad titular si trabaja en un centro asistencial; en tal caso el médico se convierte en *usuario* de los datos, y tiene la obligación de cumplir las directrices de seguridad dictadas por su institución. En la asistencia pública, las Gerencias de Área tienen reconocida por la legislación sanitaria las competencias de organización, dirección, control y gestión de los servicios y son, por lo tanto, las responsables directas de los ficheros. Cuando se trata de ficheros informatizados, les son de aplicación además otras medidas de seguridad (RD 1332/1994, RD 994/1999), en su máximo nivel por tratarse de datos sanitarios.

Certificados e informes

Aunque una de las obligaciones de cada progenitor es informar al otro de las incidencias importantes que le sucedan al menor mientras está a su cuidado, la continua solicitud de informes y certificados médicos es una de las características que definen la especial relación de los padres separados con el pediatra, ya sea simple fruto de la desconfianza, o como un intento de conseguir argumentos favorables a sus pretensiones procesales.

El ejercicio de la patria potestad es determinante para ostentar la representación legal del menor, y por lo tanto para acceder a todos los datos relativos a su salud, no habiendo motivo alguno que impida la solicitud por parte de un progenitor no privado de la patria potestad, de la información asistencial de su hijo. En este caso, los servicios sanitarios tienen la obligación de contestar a los requerimientos de información sobre la salud de los hijos, tantas veces como se produzcan (lo que no quiere decir en ese mismo momento).

Pero hay que recordar que la Agencia Española de Protección de Datos, en su informe 409/2004, ha aclarado que «*si el padre o madre de un mayor de 14 años no incapacitado acude a un centro sanitario solicitando un informe de analítica o cualquier dato incorporado a la historia clínica de su hijo, sin constar autorización alguna de éste, no debería procederse a la entrega de la información en tanto no conste la autorización fehaciente del hijo*»²⁰.

Al emitir estos informes hay que cuidar que sean lo más objetivos posible, diferenciando con claridad qué datos ha constatado el pediatra por sí mismo y cuáles son manifestaciones o información de terceros. Además, hay que tener en cuenta que el artículo 41.3 del Código Deontológico establece que «*la actuación como perito... es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente*», y el pediatra, como médico asistencial del menor, se ha de limitar estrictamente a la información asistencial, sin caer en juicios o valoraciones que pudieran ser tenidos como periciales en el proceso de separación. Si alguna de las partes solicita un informe en este sentido (que generalmente se refiere a las posibles repercusiones, positivas o negativas, que pudieran tener sobre el menor la calidad de los cuidados que recibe de cada uno de sus progenitores), se le debe sugerir que lo solicite a un profesional que no participe en su asistencia.

Derecho de acceso y cancelación

Además del informe o certificado redactado por el médico, el paciente o su representante legal pueden solicitar copia exacta de alguno o todos los documentos que figuran en su HC, que tiene derecho a obtener mientras se cumplan las mismas condiciones expuestas en el apartado anterior, y siempre que se excluya cualquier dato referente a terceros (antecedentes familiares, enfermedades contagiosas, etc.), y las anotaciones subjetivas de los profesionales que han confeccionado la historia (derecho de reserva).

El derecho de acceso a los ficheros automatizados es personalísimo, y sólo puede ser ejercido ante el responsable del fichero y por el titular o su representante legal, por cualquier medio que garantice su identificación (art. 132 del RD 1332/1994). El plazo para atender el derecho de acceso es de un mes desde la recepción de la petición.

Existe también el derecho de cancelación, que da lugar al bloqueo de los datos, pero sin que en principio se puedan destruir, ya que la LAP establece la obligatoriedad de su conservación durante un plazo de tiempo. Los datos bloqueados no se pueden utilizar, quedando a la disposición exclusiva de las administraciones públicas, jueces y tribunales, y podrán ser eliminados cuando pase el plazo previsto para su conservación.

Los datos clínicos en Internet

Para terminar conviene aclarar dos situaciones que podrían plantearse al pediatra y son susceptibles de generar importantes conflictos legales en el manejo de los datos sanitarios.

La primera se refiere a la posibilidad de que se le solicite el envío de informes u otros datos sanitarios por algún medio electrónico (fax, correo electrónico, Web 2.0, etc.). Hay que recordar que los datos de salud son de los considerados especialmente protegidos y les son de aplicación las medidas de seguridad de nivel alto, una de las cuales es que «la transmisión de datos de carácter personal a través de redes de telecomunicaciones se realizará cifrando dichos datos o bien utilizando cualquier otro mecanismo que garantice que la información no sea inteligible ni manipulada por terceros» (art. 26 del RD 994/1999), por lo que sólo el cifrado electrónico permitiría enviarlos por esta vía sin incurrir en una infracción de la LOPD.

La segunda se refiere a la posibilidad de que se le solicite participar en el uso o confección de un *registro personal de salud*, uno más entre los diversos instrumentos informáticos integrantes de la sopa de letras (EMR, *electronic medical record*; EHR, *electronic health record*; PHR, *personal health record...*)²³, actualmente en pleno proceso de discusión social, que se resumen en el paso de la historia clínica en papel a su almacenamiento informático online accesible a más o menos distancia, y que en tanto no se proceda a su regulación, no cumple los requisitos legales de la historia clínica, que ha de ser confeccionada sólo por el personal asistencial (y nunca por el propio paciente), y cuya inalterabilidad, dada su importancia como herramienta probatoria, ha de quedar garantizada por la custodia activa del médico o de la entidad para la que éste trabaja.

BIBLIOGRAFÍA

- Alascio Carrasco L. El síndrome de alienación parental. Revista para el Análisis del Derecho [serie en Internet], 2008 [consultado el 25-10-08]. Disponible en: http://www.indret.com/pdf/484_es.pdf.
- Código de Deontología Médica, 1999. Disponible en: <http://www.cgcom.es/sites/default/files/Codigo.pdf>.
- Pous Flor MP. Igualdad conyugal y custodia compartida en la legislación española. En: Álvarez Lara RM (coord.). Panorama Internacional de Derecho de Familia. Culturas y sistemas jurídicos comparados (I) [en línea]. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2006 [consultado el 25-10-08]. Disponible en: <http://www.bibliojuridica.org/libros/5/2287/11.pdf>.
- Alascio Carrasco L, Marín García I. Contigo o sin ti: regulación del divorcio e incentivos a pedirlo. Aproximación al análisis económico del divorcio en la Ley 15/2005, de 8 de julio. Revista para el Análisis del Derecho [serie en Internet], 2007 [consultado el 25-10-08]. Disponible en: http://www.indret.com/pdf/395_es.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística. Estadística de separaciones, nulidades y divorcios, 2006. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np473.pdf>.
- Alascio Carrasco L, Marín García I. Juntos, pero no revueltos: la custodia compartida en el nuevo artículo 92 CC. Revista para el Análisis del Derecho [serie en Internet], 2007 [consultado el 25-10-08]. Disponible en: http://www.indret.com/pdf/454_es.pdf.
- Fiscalía General del Estado. Instrucción 1/2006 sobre la guardia y custodia compartida y el empadronamiento de los hijos menores. Disponible en <http://www.bosch-online.net/Novedades/Jurisprudencia/fiscalia/in1-2006.html>.
- Colegio de Médicos de Madrid. Informe de la Comisión Deontológica sobre atención facultativa de los hijos de padres separados. Revista Madrid Médico, marzo 2008; pp. 44-48. Disponible en http://www.icomem.es/files/pdf/revista/madrid_medico_marzo08.pdf#40
- Antequera Vinagre JM. El menor en la asistencia sanitaria: intimidad y consentimiento informado. Rev Pediatr Aten Primaria 2002; 4:495-504. Disponible en: <http://www.pap.es/documentos/Articulos/PDF/257.pdf>.
- Antequera Vinagre JM. Los menores y la atención sanitaria tras la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Rev Pediatr Aten Primaria 2003;5:459-69. Disponible en: <http://www.pap.es/documentos/Articulos/PDF/327.pdf>.
- Pastor Bravo MM, Rodes Lloret F. Medicina legal de la asistencia pediátrica en Atención Primaria (II). Secreto médico, información y consentimiento. Rev Pediatr Aten Primaria 2006;8:157-70. Disponible en: <http://www.pap.es/documentos/Articulos/PDF/547.pdf>.
- Romeo Malanda S. Minoría de edad y aborto: algunas consideraciones sobre consentimiento y confidencialidad. Humanidades Médicas, Tema del Mes [serie en Internet], 2008;28:1-23. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero28/articulo.pdf.
- Amarilla Gundín M (European Pharmaceutical Law Group). El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Barcelona: Chiesi España, S.A., 2006. Disponible en: http://www.eupharlaw.com/docs/mono_menor_revisioin.pdf.
- Pedrajas Moreno A. El consentimiento informado y los menores de edad, 1.ª parte. Rev Pediatr Aten Primaria 2001;3:481-5. Disponible en: <http://www.pap.es/documentos/Articulos/PDF/192.pdf>.
- Pedrajas Moreno A. El consentimiento informado y los menores de edad, 2.ª parte. Rev Pediatr Aten Primaria 2001;3:653-65. Disponible en: <http://www.pap.es/documentos/Articulos/PDF/208.pdf>.
- ACEB.ORG [página en Internet]. Los médicos deben informar a los padres o tutores. Barcelona: Associació Catalana d'Estudis Bioètics [consultado el 23-10-08]. Disponible en: <http://www.aceb.org/susp.htm#hist>.
- Sánchez Jacob M. El menor maduro. Bol Pediatr 2005;45:156-60. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/193/BolPediatr_2005_45_156-160.pdf.
- Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. Artículo 181. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo11-1999.html.
- SOITU.ES [página en Internet]. Madrid: Micromedios Digitales, S.L. [actualizado el 19-09-08; consultado el 23-10-08]. Un niño de 13 años es maduro para tener sexo con adultos... o eso dice la ley. Disponible en: http://www.soitu.es/soitu/2008/09/18/actualidad/1221744340_708215.html.
- Agencia Española de Protección de Datos. Informe 409/2004 sobre el acceso por el titular de la patria potestad a las historias clínicas de los menores. Disponible en: https://www.agpd.es/portalweb/canaldocumentacion/informes_juridicos/datos_esp_protegidos/common/pdfs/2004-0409_Acceso-por-el-titular-de-la-patria-potestad-a-las-historias-clinicas-de-los-menores.pdf.
- Pastor Bravo MM, Rodes Lloret F. Medicina legal de la asistencia pediátrica en Atención Primaria (I). Documentos médico-legales: historia clínica y parte de lesiones. Rev Pediatr Aten Primaria 2005;7:129-43. Disponible en: <http://www.pap.es/documentos/Articulos/PDF/508.pdf>.
- De Lorenzo y Montero R. Curso de Derecho Sanitario para Médicos de Atención Primaria. El derecho a la información sanitaria. Madrid: Ergón, 2005.

23. Wikipedia [página en internet]. Electronic Health Record [actualizado el 24-10-08, consultado el 25-10-08]. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Electronic_health_record.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Álvarez Lara RM (coord.). Panorama Internacional de Derecho de Familia. Culturas y Sistemas Jurídicos comparados (I) [en línea]. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2006 [consultado el 25-10-08]. ISBN: 970-32-3795-9. Disponible en: <http://www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=2287>.
- Romeo Malanda S. Minoría de edad y aborto: algunas consideraciones sobre consentimiento y confidencialidad. Humanitas: Humanidades Médicas, Tema del Mes [serie en Internet] 2008;28: 1-23. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero28/articulo.pdf.
- Amarilla Gundín M (European Pharmaceutical Law Group). El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. Barcelona: Chiesi España, S.A., 2006. Disponible en: http://www.eupharlaw.com/docs/mono_menor_revision.pdf.
- De Lorenzo y Montero R. Curso de Derecho Sanitario para Médicos de Atención Primaria. El derecho a la información sanitaria. Madrid: Ergón, 2005.