



SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 136. JUNIO. 2016

Editado por la Secretaría General del Sescam.

ISSN 2445-3994

Asesoria.juridica@sescam.jccm.es

EQUIPO EDITORIAL:

D. Vicente Lomas Hernández

Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

D. Alberto Gómez Cuadrado.

Secretaría General. Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

AVISO LEGAL. Se autoriza de manera genérica el acceso a su contenido, así como su tratamiento y explotación, sin finalidad comercial alguna y sin modificarlo. Su reproducción, difusión o divulgación deberá efectuarse citando la fuente.

-DERECHO SANITARIO-

1.-LEGISLACIÓN

I.- ESTATAL

3

II.-AUTONÓMICA:

- Asturias. 3
- Castilla Y León 3
- Castilla-La Mancha. 4
- Madrid. 4
- Comunidad Valenciana. 4
- Islas Baleares. 5
- Cataluña. 5
- La Rioja. 5
- Navarra. 6
- Aragón. 6
- Andalucía. 7
- Murcia. 7
- Extremadura. 7
- Galicia. 7
- País Vasco. 8
- Islas Canarias. 8

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

- La creación de comisiones regionales farmacoterapéuticas. 9
- La espiral de leyes autonómicas para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, y bisexuales. 10

3.- DOCUMENTO PARA DEBATE:

- Resumen crítico de los documentos “*Actualización de la declaración de la comisión central de deontología sobre asistencia médica al menor maduro en situaciones sobre rechazo al tratamiento*” del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, y del documento “*La asistencia sanitaria a menores. Pautas para la resolución de conflictos*” del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. 12

4.- SENTENCIAS PARA DEBATE:

- El programa de intercambio de equivalentes terapéuticos a debate. STS 15

5.- NOTICIA DESTACADA DEL MES:

- Los límites a la autonomía de la mujer embarazada. 17

6.- DOCUMENTOS DE INTERÉS

- I- RECURSOS HUMANOS. 19
- II- CONTRATACIÓN PÚBLICA. 24
- III- PROFESIONES SANITARIAS. 26
- IV- PRESTACIONES SANITARIAS. 27
- V- INTIMIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS. 29
- VI- RESPONSABILIDAD SANITARIA. 30
- VII- REINTEGRO DE GASTOS. 32
- VIII-SALUD LABORAL. 33
- IX- MEDICAMENTOS Y FARMACIA. 34
- X - PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO. 37
- XI- DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL. 38
- XII- SISTEMA NACIONAL DE SALUD. 39

7.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 40

-NOTICIAS-

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de junio/julio de 2016 relacionadas con el derecho sanitario y/o la bioética. 41

-BIOÉTICA y SANIDAD-

1.- CUESTIONES DE INTERÉS. 43

2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 45

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I- LEGISLACIÓN ESTATAL

- Orden PRE/922/2016, de 10 de junio, por la que se crea el órgano administrativo encargado de la ejecución del programa de apoyo a la celebración del acontecimiento de excepcional interés público "*Prevención de la Obesidad. Aligera tu vida*".

[B.O.E. de 11 de junio de 2016](#)

II- LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

Asturias.

- Extracto de la Resolución de 8 de junio de 2016, de la Consejería de Sanidad, de convocatoria de concesión de subvenciones a asociaciones de pacientes con enfermedades crónicas en Asturias en el ejercicio 2016.

[B.O.P.A de 24 de junio de 2016](#)

- Resolución de 26 de mayo de 2016, de la Dirección económico-Financiera y de infraestructuras del servicio de salud del Principado de Asturias, por la que se autoriza, dispone y reconoce la obligación en concepto de devolución de las aportaciones superiores a los límites máximos establecidos realizadas entre el 1 enero y el 31 de marzo de 2016.

[B.O.P.A de 01 de junio de 2016](#)

Castilla Y León.

- Orden SAN/512/2016, de 6 de junio. Crea, amortiza y modifica Demarcaciones Asistenciales Médicas y de Enfermería en Castilla y León.

[B.O.C.Y.L. de 17 de junio de 2016](#)

- Orden SAN/476/2016, de 20 de mayo. Modifica la Orden 77/2014, de 6-2-2014 (LCyL 2014\62), por la que se aprueban las bases reguladoras de la movilidad voluntaria del personal estatutario fijo en el Servicio de Salud de Castilla y León.

[B.O.C.Y.L. de 07 de junio de 2016](#)

Castilla-La Mancha.

- Resolución de 12/05/2016, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea la Red de Expertos y Profesionales de Educación para la Salud y Escuelas de Pacientes.

[D.O.C.M. de 09 de junio de 2016](#)

- Resolución de 20 de junio de 2016, de la Dirección-Gerencia, por la que se crea la Red de Expertos y Profesionales de Imagen Médica Radiológica.

[D.O.C.M. de 28 de junio de 2016](#)

- Resolución de 15/06/2016, de la Dirección-Gerencia, sobre las condiciones económicas aplicables a la prestación de determinados servicios de asistencia sanitaria a través de medios ajenos, en el ámbito de gestión del Sescam.

[D.O.C.M. de 30 de junio de 2016](#)

Madrid.

- Orden 418/2016, de 20 de mayo. Establece los criterios de actuación en materia de inspección sanitaria y se aprueba el Plan Integral de Inspección de Sanidad de la Comunidad de Madrid para el período 2016 a 2018.

[D.O.C.M. de 03 de junio de 2016](#)

Comunidad Valenciana.

- Decreto 64/2016, de 27 de mayo. Regula las bases para la designación de las unidades de referencia del sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana.

[D.O.C.V. de 01 de junio de 2016](#)

- Acuerdo de 3 de junio 2016. Establece las remuneraciones aplicables para determinadas actividades de detección precoz del cáncer colorrectal.

[D.O.C.V. de 07 de junio de 2016](#)

- Resolución de 9 de junio 2016. Ordena la publicación del I Plan de Igualdad de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

[D.O.C.V. de 16 de junio de 2016](#)

Islas Baleares.

- Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia.

[B.O.I B. de 02 de junio de 2016](#)

Cataluña.

- Acuerdo GOV/86/2016, de 28 de junio Modifica la composición de la Comisión Interdepartamental del Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones (LCAT 2010\759).

[D.O.G.C. de 30 de junio de 2016](#)

- Resolución SLT/1379/2016, de 5 de mayo por la que se prueba los criterios para la declaración de idoneidad de las unidades de experiencia para la atención a las personas afectadas por el síndrome de sensibilización central.

[D.O.G.C. de 03 de junio de 2016](#)

- Resolución SLT/1545/2016, de 20 de junio, por la que se abre la convocatoria para la concesión de subvenciones para la financiación a entidades privadas sin afán de lucro que realicen actuaciones en el ámbito de la salud para la prevención de la infección por VIH/sida correspondientes a los años 2016 y 2017.

[D.O.G.C. de 23 de junio de 2016](#)

- Resolución SLT/1393/2016, de 26 de mayo, por la que se da publicidad al Acuerdo del Consejo de Dirección del Servicio Catalán de la Salud , de 22 de febrero de 2016, por el que se modifica la estructura de los órganos centrales del Servicio Catalán de la Salud y se aprueba un texto refundido de la estructura de los órganos centrales y de los órganos territoriales del Servicio Catalán de la Salud.

[D.O.G.C. de 06 de junio de 2016](#)

La Rioja.

- Decreto 25/2016, de 27 de mayo, por el que se modifica el Decreto 87/2003, de 18 de julio, por el que se determinan los bienes, servicios y actividades susceptibles de ser retribuidos mediante precios públicos, para actualizar la categoría 26 e incluir una nueva categoría consistente en la realización de pericias, a solicitud de particulares, por el Instituto de Medicina Legal de La Rioja.

[B.O.R. de 01 de junio de 2016](#)

Navarra.

- Decreto Foral 28/2016, de 11 de mayo, por el que se reordena la competencia para la compra de bienes y servicios en materia de sistemas de información y servicios y aplicaciones informáticas con destino al Departamento de Salud y sus Organismos Autónomos.

[B.O.N. de 03 de junio de 2016](#)

- Orden Foral 201E/2016, de 30 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se crea el Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario de Navarra.

[B.O.N. de 16 de junio de 2016](#)

- Orden Foral 44/2016, de 10 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se establece la estructura orgánica del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

[B.O.N. de 17 de junio de 2016](#)

- Orden Foral 83E/2016, de 17 de febrero, del Consejero del Departamento de Salud, por la que se establece el Programa de Detección Precoz de Metabolopatías Congénitas, se crea y regula el Registro Poblacional de Detección Precoz de Metabolopatías Congénitas de Navarra y se crea el fichero de datos de carácter personal correspondiente.

[B.O.N. de 27 de junio de 2016](#)

- Orden Foral 42/2016, de 11 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se crea la Comisión Central de Farmacia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

[B.O.N. de 10 de junio de 2016](#)

Aragón.

- Decreto 72/2016, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Decreto 110/2005, de 24 de mayo, por el que se crea el Registro de Delegados de Prevención y de Comités de Seguridad y Salud y se regula el depósito de las comunicaciones de designación y constitución de los mismos.

[B.O.A. de 24 de junio de 2016](#)

- Decreto 73/2016, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se crea el Registro de entidades especializadas acreditadas para actuar como servicios de prevención ajenos y de personas o entidades especializadas autorizadas para desarrollar la actividad de auditoría o evaluación externa del sistema de prevención en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.

[B.O.A. de 24 de junio de 2016](#)

- Orden CDS/503/2016, de 26 de abril, por la que publica el Protocolo de colaboración entre el Servicio Aragonés de Salud y el Instituto Aragonés de Servicios Sociales para la selección de personal temporal.

B.O.A. de 06 de junio de 2016

Andalucía.

- Acuerdo de 21 de junio de 2016, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Acuerdo de la Mesa General de Negociación Común del Personal Funcionario, Estatutario y Laboral de la Administración de la Junta de Andalucía, de 2 de junio de 2016, sobre calendario para la recuperación progresiva de los derechos suspendidos por la Ley 3/2012, de 21 de septiembre, de medidas fiscales, administrativas, laborales y en materia de hacienda pública para el reequilibrio económico-financiero de la Junta de Andalucía.

B.O.J.A. de 24 de junio de 2016

- Orden de 2 de junio de 2016, por la que reduce el plazo de respuesta quirúrgica de diversos procedimientos incluidos en el Anexo I del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el sistema sanitario público de Andalucía.

B.O.J.A. de 08 de junio de 2016

Murcia.

- Decreto 54/2016, de 8 de junio, por el que se regula la composición y funcionamiento de los órganos de participación ciudadana del sistema sanitario público de la Región de Murcia.

B.O.R.M. de 11 de junio de 2016

Extremadura.

- Decreto 72/2016, de 31 de mayo, por el que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a otorgar por el Servicio Extremeño de Salud.

D.O.E. de 06 de junio de 2016

Galicia.

- Orden de 27 de mayo 2016. Fija las tarifas máximas aplicables a la asistencia sanitaria concertada por el Servicio Gallego de Salud y se revisan los precios de los conciertos vigentes.

D.O.G. de 09 de junio de 2016

País Vasco.

- Orden de 30 de mayo 2016. Desarrolla el Decreto 9/2015, de 27-1-2015 (LPV 2015\40), que regula la instalación y uso de desfibriladores externos automáticos y semiautomáticos y se establece la obligatoriedad de su instalación en determinados espacios de uso público externos al ámbito sanitario.

[B.O.P.V. de 09 de junio de 2016](#)

- Orden de 2 de junio de 2016, del Consejero de Salud, por la que se modifica el anexo del Decreto 270/2004, de 28 de diciembre, por el que se establecen las existencias mínimas de medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia y en los almacenes farmacéuticos.

[B.O.P.V. de 21 de junio de 2016](#)

Islas Canarias.

- Decreto 73/2016, de 20 de junio, por el que se crean y suprimen determinadas categorías y especialidades de personal estatutario en el ámbito de las instituciones sanitarias del Servicio Canario de la Salud y se modifica la denominación de la categoría estatutaria ATS/DUE.

[B.O.C. de 28 de junio de 2016](#)

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

Vicente Lomas Hernández.
Doctor en Derecho.
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica.

- I. La creación de Comisiones Farmacoterapéuticas

Cada vez son más las CCAA que disponen de una comisión regional de farmacia. Las últimas CCAA que se han dotado de esta herramienta de asesoramiento y consulta son:

1.- Navarra, mediante la Orden foral 42/2016, de 11 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se crea la Comisión Central de Farmacia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2016/112/Anuncio-1/

2.- Orden SAN/31/2016, de 23 de junio, por la que se crea y regula el Comité Corporativo de Farmacia en el ámbito del Servicio Cántabro de Salud (BOCA de 4 de julio de 2016).

Reciente la Memoria del Defensor del Pueblo andaluz de 2015 ponía de manifiesto que la creación de la comisión central de farmacia puede configurarse como un mecanismo eficaz en la lucha contra la desigualdad, y añade *“aún reconociendo el papel de las comisiones que para la selección de los medicamentos se constituyen en todos los hospitales, resulta desconcertante que las mismas alcancen posicionamientos diversos en cuanto a un mismo fármaco, lo que se traduce en una desigualdad”*.

Creo que la creación de comisiones de estas características aporta muchas ventajas que la Administración debiera saber explotar en beneficio del interés general y de una mejor gestión de la prestación farmacéutica. De este modo se conseguiría -en aquellas CCAA que aún no se han dotado de este tipo de órganos colegiados especializados, como es el caso de Castilla-La Mancha- :

- 1.- Unificar criterios de utilización de medicamentos y productos sanitarios en las áreas integradas de salud.
- 2.- Consensuar el proceso de selección de medicamentos incluidos en las diferentes guías farmacoterapéuticas del Servicio de Salud, y de los Servicios de Farmacia Hospitalaria.
- 3.- Asesorar sobre los aspectos relacionados con los tratamientos farmacológicos de alta complejidad/elevado coste.
- 4.- Valorar las solicitudes de autorización, renovación, suspensión o finalización de este tipo de tratamientos farmacológicos.
- 5.- Formular propuesta de protocolos para la utilización de medicamentos fuera de la indicación autorizada, dotando así de mayor seguridad jurídica a la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio de Salud.

- **II. La espiral de Leyes Autonómicas para garantizar los derechos de Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales e Intersexuales**

En el Boletín de Derecho Sanitario y Bioética nº 134 página 10 comentaba las principales novedades de la Ley 2/2016, de 29 de marzo, de identidad y expresión de género e igualdad social y no discriminación de la Comunidad de Madrid (ver enlace)

http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20160512/boletin_134_abril.pdf

A la Ley madrileña le han seguido Galicia (Ley 2/2014, de 14 de abril, por la igualdad de trato y la no discriminación de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales en Galicia), y ahora Baleares (Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales).

La Ley balear dedica el art. 16 a reconocer los derechos de este colectivo en materia sanitaria, unos derechos similares a los que ya preveía la Ley madrileña, si bien en mi opinión desarrollados de forma más completa por el legislador madrileño. Entre los derechos que incorpora la Ley balear destaca el derecho de las mujeres lesbianas y bisexuales a la igualdad de acceso a las técnicas y a los tratamientos de reproducción asistida, un derecho ciertamente controvertido tras la modificación de la cartera de servicios.

Por tanto, hay que entender que el legislador balear ha ampliado la cartera de servicios complementaria para dar cabida a este tipo de tratamientos médicos, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 8 quinqués de la Ley 16/2003:

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo.

2. Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios

Si nos retrotraemos a fechas anteriores a la entrada en vigor de la Orden de 31 de octubre de 2014, no cabría apreciar ningún obstáculo en Derecho para que la Administración sanitaria estimase este tipo de pretensiones, todo ello sin necesidad de tener que modificar el contenido de su cartera complementaria de servicios. Véase a este respecto el comentario que hacía sobre la Orden de 31 de octubre de 2014 (ver enlace):

http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20141211/boletin_118_noviembre.pdf

Sin embargo con posterioridad a dicha modificación normativa lo procedente sería que la Administración sanitaria, en cumplimiento de la legislación básica, desestime este tipo de pretensiones. En el caso de la Comunidad de Madrid y mediante Instrucción de febrero de este mismo año (por tanto antes de la aprobación de la Ley 2/2016), se han visto obligados a garantizar el acceso a esta prestación sanitaria con independencia de la condición sexual y estado civil tras la Sentencia del Juzgado de lo Social nº 18 de Madrid, nº 319/15 de 15 de septiembre, que condenaba solidariamente al centro sanitario concertado y a la Consejería de Sanidad por discriminación por orientación sexual, al pago de una indemnización por daños morales y materiales.

3.-DOCUMENTO PARA DEBATE.

Vicente Lomas Hernández.

Doctor en Derecho.

Lcdo. CC. Políticas.

Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

- **Resumen crítico de los documentos “Actualización de la declaración de la comisión central de deontología sobre asistencia médica al menor maduro en situaciones sobre rechazo al tratamiento” del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, y del documento “La asistencia sanitaria a menores. Pautas para la resolución de conflictos” del departamento de Salud del Gobierno de Navarra.**

PRIMERO.- El documento sobre actualización de la declaración sobre asistencia médica al menor maduro en situaciones sobre rechazo al tratamiento, de mayo de 2016, ha sido elaborado por la organización colegial teniendo en cuenta, teóricamente, las importantes modificaciones introducidas en el mes de julio del pasado año y de las que ya di cumplida información en el boletín de derecho sanitario y bioética nº 126, página 21 y siguientes (pinchar enlace):

http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20150908/boletin_126_julio-agosto.pdf

A su vez el documento objeto de comentario se puede consultar en el siguiente enlace:

https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/declaracion_ccd_asistencia_al_menor_maduro_situaciones_rechazo.pdf

La OMC parte de la premisa de calificar como menor maduro a todo aquél paciente menor de 18 años, que además tiene capacidad intelectual y volitiva suficiente para implicarse en la toma de decisiones referentes a su persona. A partir de esta consideración, el documento estratifica los distintos supuestos de toma de decisiones por parte del paciente menor de edad distinguiendo entre:

- 1.- Pacientes menores de 12 años. No pueden tomar decisiones por sí mismos sin perjuicio de que se les deba facilitar la información en términos comprensibles.
- 2.- Pacientes con edad comprendida entre 12 y 16 años con (tradicionalmente este tramo de edad estaba reservado en puridad a la figura del “menor maduro”). Podrá tomar decisiones por sí mismo atendiendo siempre a su grado de madurez (que debe ser objeto de valoración) y tan solo respecto de actos médicos de bajo riesgo y habituales.

Si se trata de patologías para cuyo tratamiento se aprecie un riesgo significativo importante, la OMC no termina de rematar. Dice (apartado 2.a.2) que *“se debe consultar también a los representantes legales y solicitar el oportuno consentimiento”*. Quién presta el consentimiento, ¿ambos, paciente y representantes legales? El empleo del adverbio “también” resulta algo desconcertante, aunque habrá que entender como establece el art. 9.4 de la Ley 41/2002, que el consentimiento solo corresponderá a los padres/representantes legales.

3.- Pacientes entre 16 y 18 años. Establece el informe que, como regla general, no cabe otorgar consentimiento por representación, salvo que:

- a) Se encuentren incapacitados judicialmente
- b) No sean capaces intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.
- c) No se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor.

En mi opinión no se aprecian grandes diferencias entre los dos supuestos anteriores, pues un paciente con 14 años y madurez suficiente estará sometido en cuanto al proceso de toma de decisiones, a los mismos límites que otro paciente con 17 años y capacidad intelectual/emocional: que no estemos ante *“una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor”*, en cuyo caso quién decidirá será el representante legal.

SEGUNDO.- Por último el documento objeto de análisis reproduce una serie de supuestos conflictivos, todos ellos con un mismo patrón, distinguiendo según si el paciente es menor de 16 años o con edad comprendida entre 16 y 18 años. Ahora bien, alguno de estos supuestos son de una legalidad más que dudosa, en particular cuando se refiere al paciente menor maduro que presta su consentimiento a una intervención cuya omisión supondría grave riesgo para su vida o salud, y son los representantes legales los que se oponen (epígrafe 2.a.5). En tal caso el documento objeto de comentario, siguiendo el criterio de la Fiscalía General del Estado manifestado en la Circular 1/2012, señala que ante esta discrepancia con los representantes legales debe prevalecer la capacidad de autodeterminación del menor maduro.

No estoy de acuerdo, esta opción sería legítima antes de que se hubiese llevase a cabo la última reforma de la Ley 41/2002. Según la redacción actual del art. 9 de la Ley 41/2002, ante situaciones que comporten *“grave riesgo para la salud y/o la vida del menor”*, sencillamente el paciente menor de edad no decide, el consentimiento lo debe prestar el representante legal, única decisión con eficacia jurídica. Y si la decisión del representante legal resultase contraria al interés del menor, la alternativa no es que se deba respetar la decisión de éste último sino que deberá actuarse conforme al art. 9.6 de la Ley , que dispone *“deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.*

TERCERO.- Del mismo modo resulta cuestionable el nuevo modelo de consentimiento conjunto paciente menor/representante legal cuando se trate de intervenciones de cirugía estética y medicina voluntaria o satisfactiva. Para tales supuestos , la OMC exige dos consentimientos, el consentimiento del paciente menor maduro, y además, el consentimiento de los padres/representantes legales, pese al silencio que guarda al respecto el legislador.

Pero es el documento aprobado por el Departamento de Salud de la Comunidad Foral de Navarra el que quizá esté más alejado del marco normativo actual. Se trata de un documento muy esquemático sin fechar, si bien hay que colegir que su elaboración es posterior a las modificaciones de julio de 2015 realizadas tanto en la Ley de Autonomía del Paciente como en la LO 1/1996, de 15 de enero si tenemos en cuenta que en el apartado de “supuestos especiales” de este mismo documento, se cita el RD 1090/2015, de 4 de diciembre, de fecha posterior. Tirando de hemeroteca pude advertir que, en efecto, se trata de un documento muy reciente, de abril de este mismo año:

http://www.eldiario.es/norte/navarra/ultima_hora/Salud-profesionales-resolucion-conflictos-atencion_0_509199402.html

En este documento se dice respecto de situaciones extraordinarias con grave riesgo para el paciente, que si el menor estuviese en contra de la intervención y los padres a favor se debe respetar la decisión del menor maduro. Y a la inversa, si son los representantes legales/padres los que están en contra de la intervención mientras que el paciente menor maduro se mostrase favorable a la intervención, debe igualmente respetarse su decisión. Evidentemente este esquema lógico podría aceptarse antes de la última modificación legislativa, pero desde luego no en el momento actual.

Del mismo modo resulta igualmente criticable el esquema diseñado para la toma de decisiones en situaciones de urgencia vital. El documento incorpora una serie de supuestos que no resultan admisibles en Derecho en el momento actual. En situaciones de urgencia vital, y aunque sea una obviedad, estamos ante un riesgo que ya es grave para la salud/vida del paciente, y por tanto, por definición, quién deberá decidir - siempre que las circunstancias lo permitan- serán los padres/representantes legales (no el menor), y si la decisión de los representantes fuese contraria a la intervención, poniendo con ello en peligro los intereses del paciente menor maduro que se mostrase favorable a la intervención, el conflicto no se deberá resolver dando preferencia al criterio del menor tal y como indica el documento navarro, sino de un modo bien distinto; como establece el art. 9 de la Ley 41/2002, en estas situaciones habrá que judicializar el caso salvo que la propia urgencia haga imposible obtener la autorización judicial, en cuyo caso será el facultativo el que adoptará las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparado por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

4.- SENTENCIA PARA DEBATE.

Vicente Lomas Hernández.
Doctor en Derecho.
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica.

- El programa de intercambio de equivalentes terapéuticos a debate.

STS DE 28 DE MARZO DE 2016

En su día comenté en este mismo Boletín la STSJ de Madrid, de 16 de mayo de 2013, nº 366/2013, que desestimó el recurso interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos impugna la Instrucción aprobada por el DG de Coordinación Territorial del Ministerio del Interior, dirigida a los Centros Penitenciarios, sobre prescripción de medicamentos. La organización colegial médica consideraba que dicha Instrucción vulneraba los artículos 85 y 86 de la LGURM al permitir que se pueda sustituir un medicamento por otro de diferente composición y estructura química.

Recordemos que la referida Instrucción incorpora en su Anexo un programa de intercambio terapéutico de obligado cumplimiento en las Instituciones Penitenciarias, conforme al cual se prevé la sustitución por el farmacéutico del medicamento prescrito por el facultativo por otro medicamento equivalente terapéutico, regulando a tal un efecto un procedimiento en el médico podrá formular sus alegaciones caso en el que se oponga al criterio del farmacéutico. El procedimiento que establece la Instrucción se puede sintetizar en los siguientes pasos: a) Se informa al médico prescriptor que el medicamento no figura en la GFT, no más tarde de las 24 horas de su prescripción, con entrega de un impreso con dos copias (una queda en poder del farmacéutico y la segunda en la historia clínica); b) Se suspenderá el tratamiento cuando se trate de fármacos de valor terapéutico intrínseco bajo, lo que se hará constar en el impreso por el farmacéutico; c) Si el médico prescriptor acepta el IT, firmará su conformidad en el impreso y la farmacia procederá a la sustitución propuesta; d) Si el médico no acepta el IT, lo deberá justificar por escrito, al que podrá acompañar la documentación que estime pertinente, todo lo cual se remitirá a la CCF; e) Hasta que no resuelva la CCF se suministrará al interno la medicación prescrita, salvo que el médico prescriptor no haya cumplimentado las razones justificativas o que éstas sean manifiestamente irrelevantes, casos en los que se procederá a la sustitución; f) Una vez emitido dictamen por la CCF, la sustitución propuesta no podrá ser ya cuestionada.

Esta Instrucción se enmarca en la política de racionalización del gasto público, y como señalaba la Sentencia, esa racionalización del gasto público debe primar sobre la libertad de prescripción médica en el ámbito de la sanidad pública, pues como señala la Sentencia dicha libertad “se encuentra mediatizada cuando su actuación profesional se desarrolla en el ámbito público en el que han de cohonestarse los principios de racionalización del gasto público con la eficiencia del tratamiento”.

Pues bien, la reciente la STS de 28 de marzo de 2016 nº 696/2016, rec. 2415/2013, deja sin efecto la anterior resolución judicial y anula el programa de intercambio de equivalentes terapéuticos, si bien es cierto que esta resolución judicial también limita sus efectos al ámbito de las IIPP. No obstante la pregunta que traslado al lector es bien sencilla, si tenemos en cuenta las evidentes e importantes conexiones existentes entre el supuesto objeto de enjuiciamiento y los programas similares implantados por las distintas Administraciones sanitarias ¿hasta qué punto cabría defender la legalidad de los programas de sustitución de medicamentos en las Instituciones Sanitarias?.

En el recurso de casación la organización colegial alega nuevamente la infracción de los artículos 8, 85 y 86.2 de la Ley 29/2006, de 26 de junio, por considerar no está permitido que se cambie o sustituya un medicamento sujeto a receta médica por otro de distinta composición.

La posibilidad de que el farmacéutico sustituya el medicamento prescrito por el médico por otro diferente se admite con carácter excepcional y "en todo caso", el medicamento de sustitución "deberá tener igual composición, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación" que el medicamento prescrito, debiendo además informarse en todo caso al paciente sobre la sustitución llevada a cabo.

Según nuestro Alto Tribunal tales limitaciones no han sido observadas porque la Instrucción en cuestión, en lugar de exigir que el medicamento de sustitución tenga "*igual composición, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación*", establece que el medicamento de sustitución tenga un "*similar mecanismo de acción*" o una "*estructura química similar*" al medicamento prescrito por el médico. Como recoge la Sentencia, "*Ni la política de racionalización del gasto público ni la singularidad del contexto penitenciario a la que alude la Sala de instancia son títulos suficientes para que ese concreto ámbito, y en virtud de una Instrucción como la aquí controvertida, pueda permitirse la sustitución de los medicamentos prescritos por el médico en unos términos menos estrictos que los fijados en la Ley con carácter general*".

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

5.-NOTICIA DESCATACA DEL MES.

- Los límites a la autonomía de la mujer embarazada.

Vicente Lomas Hernández
Doctor en Derecho.
Licenciado en CC. Políticas.
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica

Recientemente el TS de Estados Unidos ha anulado una Ley de Texas sobre el aborto por dificultar a las mujeres embarazadas el acceso a esta prestación ; se trata de una importante sentencia que, como ponen de manifiesto entre otros muchos los diarios “El País” y “El Mundo” (facilitamos enlaces directos a la noticia) ha supuesto un importante espaldarazo al derecho de la mujer a la interrupción voluntaria del embarazo. Los distintos Estados no puedan imponer cargas y trabas innecesarias para obstaculizar el ejercicio legítimo de este derecho, apelando para ello a argumentos espurios como la supuesta protección del derecho a la salud de la mujer embarazada.

http://internacional.elpais.com/internacional/2016/06/27/estados_unidos/1467036970_753246.html

<http://www.elmundo.es/sociedad/2016/06/27/57713570268e3eb3298b4589.html>

La sentencia la pueden consultar nuestros lectores pinchando en el siguiente enlace (en inglés):

http://www.supremecourt.gov/opinions/15pdf/15-274_p8k0.pdf

En nuestro continente, la Resolución 1067/2008, de 16 de abril, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa declara que *“el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo... y en este contexto, a que la decisión última de recurrir o no a un aborto debería corresponder a la mujer, que debería disponer de los medios para ejercer este derecho de manera efectiva”*.

En similar sentido se expresa la Resolución 2001/2128 del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia pues *“recomienda que, para proteger la salud reproductiva y los derechos de las mujeres el aborto sea legal, seguro y accesible para todas las mujeres”*.

Ya en sede judicial, la sentencia del TEDH “Tysiac c. Polonia de 20 de marzo de 2007 afirma: *“... las disposiciones legales aplicables deben ante todo definir claramente la situación de la mujer embarazada respecto a la Ley”* y *“...una vez que el legislador ha decidido autorizar el aborto, no debe concebir el marco jurídico correspondiente de manera que limite en la realidad la posibilidad de obtener el acceso a tal intervención”*.

No cabe pues una legislación que, escudándose tras planteamientos supuestamente orientados a garantizar la protección de la mujer embarazada, dificulte el acceso de la mujer a los recursos necesarios para poner fin libremente a su embarazo. Al revés, los poderes públicos tienen que remover los obstáculos que impidan la práctica del aborto en los términos en que esté regulado. Del mismo modo merecería objeto de reproche la información moralizante facilitada a la mujer con el fin de evitar que siga adelante con su decisión, y todo ello bajo el pretexto de proporcionarle toda la información necesaria para así poder prestar un consentimiento verdaderamente informado.

La problemática del alcance de la capacidad de autodeterminación de la mujer embarazada también se ha puesto a prueba en nuestro país, donde según informan los medios de comunicación (noticia que incluimos en la sección correspondiente de este mismo boletín), una mujer se ha visto “forzada” a finalizar el embarazo por indicaciones médicas. Nos podemos preguntar sobre el carácter vinculante de la decisión de la mujer que, en contra del criterio científico-técnico del equipo médico, desea prolongar el embarazo más allá de lo que se puede considerar como franja temporal límite, o que se niega a la práctica de la cesárea pese a estar absolutamente recomendada por los facultativos.

Nuestro lector puede consultar la noticia en el siguiente enlace:

<http://www.elmundo.es/sociedad/2016/07/09/577f8246ca474196608b4696.html>

En mi opinión considero que se podría aplicar a este tipo de situaciones el art. 17.9. de la L.O. Ley Orgánica 1/1996 del de 15 de enero, de protección jurídica del menor. Según dicho precepto *“La administración pública competente para intervenir en la situación de riesgo adoptará, en colaboración con los servicios de salud correspondientes, las medidas adecuadas de prevención, intervención y seguimiento, de las situaciones de posible riesgo prenatal, a los efectos de evitar con posterioridad una eventual declaración de situación de riesgo o desamparo del recién nacido. A tales efectos, se entenderá por situación de riesgo prenatal la falta de cuidado físico de la mujer gestante o el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo, así como cualquier otra acción propia de la mujer o de terceros tolerada por ésta, que perjudique el normal desarrollo o pueda provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales al recién nacido. Los servicios de salud y el personal sanitario deberán notificar esta situación a la administración pública competente, así como al Ministerio Fiscal. Tras el nacimiento se mantendrá la intervención con el menor y su unidad familiar para que, si fuera necesario, se declare la situación de riesgo o desamparo del menor para su adecuada protección”*.

Estamos por tanto ante una novedad en la legislación estatal, si bien algunas leyes autonómicas sí recogían previsiones similares, como la Ley 1/2006 del 28 de febrero, de protección de menores de La Rioja - artículo 32.4- o el artículo 52.2 de la Ley 3/2005, 18 de febrero, de atención protección a la infancia la adolescencia en el País Vasco.

6.-DOCUMENTOS DE INTERES

Vicente Lomas Hernández
Doctor en Derecho.
Licenciado en CC. Políticas.
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica

I- RECURSOS HUMANOS:

- Irregularidades proceso selectivo de auxiliares administrativos.

STSJ Castilla-La Mancha nº 213/15

Es objeto de impugnación la resolución adoptada por la Directora General de Recursos Humanos que desestimó los recursos de alzada interpuestos contra la Resolución adoptada por el tribunal calificador de las pruebas de la oposición de auxiliares administrativos, por la que se aprobó la relación aspirantes aprobados en fase de oposición, y plazo para la presentación de méritos de dicho proceso selectivo.

El Tribunal del proceso selectivo dividió a los opositores en dos grupos, uno de mañana y otro de tarde para realizar los exámenes en la fase de oposición, sometiendo a ambos grupos a exámenes distintos, pero con una dificultad mayor para el ejercicio del turno de mañana -en el que aprobaron el 28% de los presentados- frente al turno de la tarde -en el que los que aprobaron fue el 72% de los presentados-, motivo por el cual la recurrente considera que se ha vulnerado el principio de igualdad en el acceso al empleo público.

La Sala aprecia que existe una prueba concluyente de que la actuación del Tribunal no se ajustó a criterios equitativos a la hora de evaluar las pruebas y ejercicios, *“La prueba más evidente de que no fue así son los concluyentes resultados de la prueba. Por la mañana tan sólo aprobaron el 28% de los presentados Y por la tarde el 72%. Si las matemáticas no fallan estos datos significa que mientras en el turno de mañana aprobó uno de cada cinco candidatos, en el turno de tarde los aprobados fueron casi cuatro De los cinco presentados”*.

El origen de semejante desigualdad de trato se encuentra en el distinto grado de dificultad de las preguntas de uno y otro examen. El examen de la mañana fue mucho más difícil, mientras que en el turno de la tarde las probabilidades de aprobar fueron más altas. Por tanto no se respetó el estricto cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades por el que debería velar el Tribunal según la base 5.6 de la convocatoria.

La Sentencia se muestra especialmente dura con el Tribunal calificador cuya actuación tilda de arbitraria, para afirmar en el FD cuarto, *“que debió actuar uniformemente o con un cierto grado de homogeneidad a la hora de confeccionar las preguntas del proceso selectivo en su fase de oposición porque, entre otras cosas, a ella le obligaban no sólo las bases del proceso selectivo sino también en principio de igualdad consagrado el artículo 14 de la Constitución, pero que lejos de acatar ese mandato omitió su cumplimiento...”*, y añade *“Sería deshonesto para la seriedad de unas pruebas selectivas que el éxito que se persigue dependiese de una especie de juego de lotería en el que conseguirían las plazas los que más suerte tuvieran frente a los menos afortunados, en función del sorteo realizado, ya que admitir ese designio sería renunciar a principios sólidamente asentados en nuestro ordenamiento jurídico, irrenunciables y de obligatoria sumisión”*

Consciente del tribunal de las consecuencias demoledoras que podría tener La anulación de un proceso selectivo multitudinario como éste, la Sala opta por incrementar la calificación de la recurrente en un porcentaje que le permita superar la nota de corte.

Recurrida en casación por la Administración, la Sala desestima el recurso y como ya dijera el TSJ de CLM, considera desproporcionado el resultado obtenido en el turno de mañana respecto del turno de tarde, *“las pruebas de la sesión de tarde tuvieron que ser de un grado de complicación tan extremo como para provocar la desproporción de aprobados acreditada: 72% en el turno de tarde, 28 % en el turno de mañana partiendo del elevado n.º de opositores que se presentaron.*

No obstante la Sentencia señala que tal situación ha sido ajena a la conducta de los participantes y sí provocada por la Administración, por lo que aquellos no pueden resultar perjudicados.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Exigencia del requisito de carnet de conducir para participar en la convocatoria para la provisión de puestos de trabajo vacantes de farmacéuticos de Administración sanitaria.**

STSJ de Aragón de 12 de diciembre de 2014, número 758/2014

La inclusión de este nuevo requisito implica una modificación de la relación de puestos de trabajo que exige la previa negociación colectiva con los trabajadores en cumplimiento de lo previsto en el artículo 37.1 del EBEP, y en este sentido se ha pronunciado la STS de 12 de julio de 2010. Esta nueva exigencia incide en las condiciones de trabajo de los funcionarios afectados, pues añade un nuevo requerimiento profesional.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Proceso selectivo y aspirante que ya ostenta la condición de personal estatutario fijo en otro servicio de salud en la misma categoría profesional.**

STSJ de Baleares número 120 de 27 de febrero de 2015

Se impugna por parte de uno de los aspirantes en el proceso selectivo para cubrir plazas de facultativo especialista de radiofarmacia, la resolución por la que se aprueban las listas definitivas de personas admitidas y excluidas, ya que uno de los participantes ya ostenta una plaza de personal estatutario fijo como facultativo especialista de área en radiofarmacia en un hospital del Servicio Andaluz de Salud.

La Sentencia declara la inadmisibilidad del recurso solamente quien se ha visto imposibilitado de poder concurrir al procedimiento por haber sido excluido puede impugnar dicha lista, no así quien ha sido admitido pues, en tal caso, la discusión sobre el resultado del proceso se ha de dilucidar en la resolución final del mismo, inclusive el hecho de que un candidato pudiera habido sido indebidamente admitido.

La STSJ de Asturias de 9 de septiembre de 2014 nº 707, se pronuncia sobre un caso similar, si bien en este otro supuesto fue la propia Administración la que, en cumplimiento de una de las bases de la convocatoria del proceso selectivo para cubrir plazas en la categoría de médicos de familia, y una vez concluidas las pruebas selectivas, declaró a la ahora recurrente decaída en su derecho a ser nombrada personal estatutario fijo en dicha categoría por ostentar ya la condición de personal estatutario fijo en esa misma categoría en otro servicio de salud distinto. La Sentencia desestima el recurso aplicando la doctrina recogida en la STS de 3 de abril de 2013, según la cual los cuerpos del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud son únicos aunque el acceso a ellos se haga desde el ámbito de cada servicio de salud de las distintas CCAA.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Valoración de servicios prestados en centro concertado.**

STSJ de Castilla-La Mancha nº 146 de 10 de febrero de 2015

En primer término se plantea la inadmisibilidad del recurso interpuesto por los participantes en el proceso selectivo para el ingreso por el sistema de acceso libre y de promoción interna en la categoría de facultativo especialista de área de dermatología, debido a que el recurso no se interpuso contra la publicación de la lista de aspirantes que superaron el proceso selectivo; en su lugar se impugnó la Resolución por la que se publicaban las plazas ofertadas a los aspirantes que superan el proceso selectivo.

Tal y como señala la sentencia *“Aun cuando el proceso selectivo finalice con la publicación de la lista de aspirantes que superaron el proceso selectivo (...) Nada impide que se pueda recurrir el nombramiento de los que superaron las pruebas selectivas (...). En este caso lo que el recurrente ha hecho es adelantarse al nombramiento con el recurso presentado contra las plazas ofertadas (...). La presentación del recurso antes del inicio de plazo para el cómputo del tiempo señalado para su presentación no implica, como es obvio, la superación de un plazo que aún no ha podido nacer sino hasta el nombramiento”*.

A continuación, y por lo que respecta al fondo del asunto, se plantea:

1.- El reconocimiento de seis puntos por formación universitaria.

“El tribunal calificador afirmó que hubo un error en el cómputo de las asignaturas en las que el interesado obtuvo sobresaliente o matrícula de honor procediendo a rectificar la puntuación, sin embargo y a pesar de la rectificación, no se entiende ni se explica porque no se conceden los seis puntos solicitados. En este sentido la resolución administrativa adolece de la debida motivación”.

2.- Valoración de la formación especializada obtenida en el extranjero.

El recurrente considera que se debería haber asignado los 35 puntos previstos en la convocatoria para los facultativos que habían obtenido el título de la especialidad a través del programa MIR. Argumenta que la Administración debió haber realizado una homologación directa de su título sin estar condicionada a prueba alguna de conjunto o periodo formativo complementario.

La pretensión no prospera ya que el recurrente no acreditó en el proceso selectivo haber realizado en su país un período de residente semejante al que se realiza en España a través del sistema MIR.

3.- Valoración de los servicios prestados en centro concertado, teniendo en cuenta que las bases sólo valoran los servicios prestados en centros pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.

La Sentencia no tiene cuenta los servicios prestados en centros concertados porque de acuerdo con la STS de 16 de febrero de 2011 no se pueden entender integrados en dicho sistema centros que no son de titularidad pública aun cuando colaboren con ellos a través de un concierto o plan de actuación.

Sin embargo en mi opinión personal el TSJ no tiene cuenta que el Tribunal Supremo en SSTS de 19 de diciembre de 2011 y de 23 de marzo de 2011 ya ha señalado respecto a la valoración de los servicios prestados en centros sanitarios privados concertados, que no cabe dar una respuesta general sino que hay que ir “caso a caso”.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **La modificación del grado de dispersión geográfica del centro de salud no tiene que negociarse.**

STSJ de Madrid número 429/2014 el 15 de octubre

La decisión adoptada por la Administración sanitaria de cambiar la asignación del grado de dispersión geográfica del centro de salud se embarca en el contexto de la potestad autoorganizativa, y por tanto no es preciso que deba someterse a negociación.

En este caso en concreto las resoluciones administrativas impugnadas se limitaban a fijar el factor de dispersión geográfica en los equipos de atención primaria en función de la zonificación que se había efectuado en el municipio, pero sin modificar la metodología aplicable para determinar el grado de dispersión geográfica, que desde el año 1992 se obtiene a partir una serie de factores entre los que se encuentra la población, la distancia media de todos los núcleos de cabecera y el número de profesionales.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Motivación de resoluciones administrativas materia de jubilación.**

STSJ de Castilla y León el 30 de diciembre de 2014

La sentencia anula por falta de motivación la Resolución administrativa recurrida por la que se le denegó la prolongación en la permanencia en la situación de servicio activo de la que ya disfrutaba.

No basta con la mera invocación de la disposición normativa que ampara la decisión administrativa, la cita de los preceptos aplicables no exonera a la Administración de dictar una resolución motivada individualmente para cada uno de los casos en que se ha puesto fin a la prolongación de la edad de jubilación que había sido concedida en resoluciones anteriores.

En definitiva, no resultan admisibles las motivaciones en términos generales para adoptar acuerdos, ya sea de otorgamiento de prolongación inicial de servicios, o bien de supresión de los que ya hubiera sido inicialmente autorizada.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

II- CONTRATACIÓN PÚBLICA.

- Informe 12/2015 de 12 de noviembre, de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de Cataluña. Diferencias entre la declaración responsable y el certificado acreditativo de solvencia.

La incongruencia entre la solvencia que dispone efectivamente una empresa en el momento de tener que aportar el certificado acreditativo correspondiente, y el contenido de su declaración responsable, conlleva con carácter general su exclusión del procedimiento de contratación.

Esta consecuencia no sería procedente cuando la incongruencia entre lo que ha declarado la empresa y la solvencia que efectivamente acredita en el momento de tener que aportar los documentos responde a variaciones producidas durante el procedimiento de licitación, como la pérdida de la clasificación empresarial durante este período.

Si la incongruencia viniera motivada por un error, apreciación indebida de su solvencia, o bien por haber efectuado una declaración responsable falsa, no se podría admitir la petición de la empresa afectada de renunciar a la adjudicación de los lotes que se vieron afectados con la finalidad de adecuar de este modo su solvencia efectiva a la requerida en la licitación.

Texto completo: www.gencat.net

- Imposición de salario mínimo al personal al servicio de las empresas contratistas.

STSJUE, de 17 de noviembre de 2015

El Ayuntamiento de Landau inició, a nivel de la Unión Europea, una licitación que tenía por objeto un contrato público relativo a los servicios postales del municipio. El pliego de condiciones contenía la obligación de comprometerse por escrito a pagar un salario mínimo al personal que realizaría las prestaciones en caso de adjudicación del contrato, como exigía la normativa del Land de Renania-Palatinado — en el momento de los hechos todavía no se había aprobado la Ley Reguladora del salario mínimo general, de 11 de agosto de 2014 —.

En este contexto, la empresa alemana fue excluida de la participación en el procedimiento de contratación pública, debido a que esta empresa no había aportado la documentación escrita comprometiéndose a pagar el citado salario mínimo al personal que realizaría las prestaciones en caso de adjudicación del contrato.

Según el TJUE, aunque en virtud de la Directiva 2004/18 el salario mínimo sólo se aplique a los contratos públicos y no a los privados, esta circunstancia no implica que el establecimiento de un salario mínimo para los trabajadores contratados por la empresa licitadora o sus subcontratistas no esté justificado como mecanismo de protección de los trabajadores. Además, el TJUE considera que el establecimiento de este requisito no restringe la libre prestación de servicios. Asimismo, consideró que la exclusión de la participación en la licitación que incluya el requisito de salario mínimo en una norma imperativa debe ser entendida como consecuencia del incumplimiento de estos requisitos.

Texto completo: www.europa.eu

- **Errónea interpretación de la revisión de precios por parte del centro sanitario.**

SJC-A nº 1 de Albacete, de 29 de diciembre de 2015 nº 225.

Se discute si en el marco de un contrato de servicios cuyo objeto era el servicio de limpieza y lavandería de los centros de salud de Albacete, la empresa recurrente puede solicitar la revisión de precios conforme a lo dispuesto en los pliegos, donde se establece que a partir del 13º mes se podrá llevar a cabo la revisión de precios si el adjudicatario lo solicita.

Por el contrario la Administración considera que la revisión de precios en los contratos públicos persigue el restablecimiento de un equilibrio económico perdido en el contrato, y por tanto se debe aportar documentación acreditativa del desequilibrio económico que justifique una revisión de precios.

La Sentencia estima con acierto el recurso interpuesto por la empresa, pues la revisión de precios aparecía recogida en el contrato suscrito de modo que no era necesaria ninguna actuación posterior tendente a acreditar circunstancias excepcionales o imprevistas que la justificasen, por lo que habría que acudir a la aplicación del principio general en materia de contratos plasmado en el aforismo “pacta sunt servanda”.

- **Exigencia de diferentes colores para cada composición en un contrato de suministro de productos de fluidoterapia.**

Resolución nº 7/2016 del TACP de Madrid, de 13 de Enero de 2016

El órgano de contratación exige en el PPT por motivos de seguridad, que el medicamento se identifique a través de distintos colores por cada composición. Esta exigencia se justifica en que la preparación y administración de los medicamentos intravenosos es un proceso complejo sujeto a múltiples posibilidades de error, por lo que se deben adoptar medidas que reduzcan la posibilidad de errores en el propio Hospital con una selección adecuada de medicamentos.

Según el artículo 31 del Real Decreto 1345/2007 el etiquetado del medicamento deberá incluir la información detallada en el anexo III, si bien dicha norma no obliga a que en el etiquetado figure un código de colores, por lo que la recurrente considera que el órgano de contratación está solicitando un requisito que no se contempla en ninguna norma.

Según el Tribunal es cierto que no existe una norma de estandarización de colores para soluciones intravenosas, pero ello no impide su exigencia por el órgano de contratación, la identificación de los medicamentos, además de cumplir los mínimos de contenido del etiquetado regulados reglamentariamente, es decir mediante la lectura de su denominación y contenido, puede optimarse añadiendo otros elementos identificativos como puede ser el color y así lo ha preferido justificadamente el PPT, no existiendo norma que lo prohíba.

Esta exigencia en la forma de presentación se ajusta a las necesidades de la Administración, y no limita la concurrencia ni impide el acceso en condiciones de igualdad a los licitadores, estando esta forma de envasado presente en una pluralidad de productores y abierto también a la producción de otros más que quieran fabricarlo.

Texto completo: www.madrid.org

III-PROFESIONES SANITARIAS.

- Titulaciones y profesiones sanitarias.

Sentencia del Tribunal Supremo 15 de octubre de 2015, nº rec 941/2014

El colegio profesional de técnicos superiores sanitarios de la Comunidad Valenciana impugna el Real Decreto 772/2014 por el que se establece el título de técnico superior en radioterapia y dosimetría, y se fijan sus enseñanzas mínimas.

El recurso es desestimado porque lo que pretende la corporación recurrente es que el título de técnico superior en radioterapia y dosimetría deje de ser un título de formación profesional nivel grado superior, para equipararse o convertirse en un título universitario de grado. En definitiva lo que pretende es rectificar el Real Decreto, por lo que estamos realmente ante pretensiones de “lege ferenda”.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- Consulta privada por médico de la sanidad pública.

STSJ de Madrid de 1 de octubre de 2015 nº 540

Prestar asistencia sanitaria privada a un paciente que está siendo atendido por el mismo facultativo en la sanidad pública, si se trata de una sola consulta privada, no puede considerarse habitualidad en el ejercicio incompatible de funciones, sino una conducta esporádica que permite rebajar el límite de la sanción.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Inconstitucionalidad de la Ley de Colegios Profesionales de Castilla y León.**

STC 229/2015, de 2 de noviembre

El TC declara inconstitucional el inciso del art, 16.2 de la Ley 8/1997, de colegios profesionales de Castilla y León por el que se exime del requisito de colegiación para la realización de actividades propias de una profesión por cuenta de una Administración Pública a los funcionarios y al personal laboral de las Administraciones públicas en Castilla y León. La STC reproduce los argumentos recogidos en sentencias anteriores en las que se ha planteado idéntica controversia competencial (SSTC 3/2013, 50/2013, 150/2014 entre otras), de modo que estima la cuestión de inconstitucionalidad debido a que el inciso en cuestión establece una excepción no contemplada en la Ley estatal de colegios profesionales.

Texto completo: www.boe.es

IV-PRESTACIONES SANITARIAS.

- **Atención sanitaria a ciudadano extracomunitario.**

STSJ de Galicia de 27 de mayo de 2015 nº 333/2015.

Se recurre la denegación administrativa de la autorización de residencia temporal por razones humanitarias a un ciudadano extracomunitario que padecía glaucoma, que le ha provocado una pérdida casi total del campo visual, al no quedar acreditado que la enfermedad que padece hubiera sobrevenido durante su permanencia en nuestro país, y que la asistencia sanitaria especializada que precisa no pueda serle dispensada en su país de origen.

La Sala desestima el recurso porque el tratamiento para sus dolencias ya ha quedado agotado de modo que las consecuencias de las intervenciones y de la asistencia sanitaria prestada resultan irreversibles, y las medidas- meramente paliativas- que cabe ofrecer al paciente se reducen a controles periódicos y masajes terapéuticos del globo ocular que se pueden llevar a cabo en su país de procedencia.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Atención sanitaria a ciudadano extracomunitario.**

STSJ de Galicia de 19 de marzo de 2015 nº 166/2015.

El recurrente, de nacionalidad senegalesa y afectado por virus de VIH, había visto desestimada su solicitud de autorización de residencia por circunstancias excepcionales motivadas por sufrir una enfermedad sobrevenida de carácter grave que requiere asistencia sanitaria especializada no accesible en su país de origen.

La Sala confirma la sentencia de instancia porque no quedan acreditados los requisitos acumulativos exigidos por la norma: enfermedad grave y sobrevenida que requiera asistencia especializada; que no sea accesible en su país de origen, y que de no recibir el tratamiento o su interrupción suponga un grave riesgo para la salud o la vida.

“Al hablar de enfermedad sobrevenida de lo que se trata es de proteger al extranjero que descubra una enfermedad de carácter grave, pero no de promover que entren y permanezcan en España ilegalmente aquellos extranjeros que padezcan enfermedades que en su país no son tratables con al finalidad precisamente de tratarse esas enfermedades...”

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- Incapacidad paciente afectado por trastorno límite de la personalidad.

STS de 20 de octubre de 2015 nº 557/2015, nº rec 2158/2014

Se cuestiona la declaración judicial de incapacidad total en el sentido de quedar privada de toda facultad para realizar cualquier acto de gobierno de su persona, por estar afectada por un trastorno límite de la personalidad de carácter permanente y con deterioro de su capacidad de obrar. Como consecuencia de la enfermedad que padece, sufre muchos trastornos de comportamiento inestabilidad emocional. Los familiares ponen de relieve que la propia interesada impide la vigilancia y el control de la medicación.

A la vista de los hechos probados, el T.S. advierte que se pone el acento más en las necesidades terapéuticas y de supervisión de la enfermedad, que en la graduación de su discernimiento si la paciente siguiera las pautas adecuadas y necesarias para tratar su enfermedad. La propia familia reconoce el inadecuado tratamiento de la deficiencia psíquica de la demandada por su rebeldía a ser controlada, y en el mismo sentido se pronuncia al psiquiatra cuando reconoce que la paciente acude a su consulta con bastante irregularidad. No cabe por tanto, declarar la incapacitación total de una persona que, de seguir el tratamiento adecuado, podría experimentar una notable recuperación. Para conseguir este objetivo se asigna al curador la responsabilidad de intervenir en cuanto al manejo de los medicamentos prescritos, ayuda a su enfermedad y autocuidado, siendo el curador quien decidirá también, en su caso, la permanencia en una residencia o su internamiento en un establecimiento de salud mental.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

V- INTIMIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS.

- **Vulneración del derecho a la intimidad al divulgar la empresa el accidente laboral y la lesión sufrida por el trabajador.**

STSJ Aragón, Sala de lo Social, de 3 Febrero 2016 nº rec 829/2015

La empresa recurrente en suplicación tiene la práctica habitual de colocar en el tablón de anuncios sito en el pasillo de entrada a las instalaciones del centro de trabajo, una ficha informando sobre la descripción del accidente, la lesión causada y la parte de del cuerpo lesionada. A lo anterior hay que añadir que en atención al sitio donde está colocado el tablón de anuncios pueden acceder a su contenido no solo los trabajadores sino también cualquier persona ajena la empresa. Por tanto, de lo que se trata es de determinar si la conducta de la empresa, que dice ajustarse a lo previsto en el protocolo de investigación de accidentes/incidentes, vulnera el derecho a la intimidad del trabajador. Según la empresa, la finalidad de publicar el accidente laboral radica en evitar futuros accidentes similares.

La Sala considera que para la consecución de esta finalidad no habría que identificar nominativamente al trabajador accidentado. Asimismo la publicación de la lesión sufrida infringe claramente el artículo 22.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, y el art. 7.1 de la Ley 41/2002.

La Sentencia considera que no existe justificación alguna

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Derecho a conocer los informes que justificaron la catalogación de la vacuna de la varicela como medicamento de uso hospitalario.**

Resolución del Consejo de Transparencia y Buen Gobierno del 21 de octubre de 2015, número 229.

Se solicita el acceso y la publicación en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de los informes técnicos elaborados por dicho organismo, así como cualquier otro documento que respalde las recomendaciones de la AEMPS al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) sobre la vacuna de la varicela, que condujeron en el mes de julio de 2014 a catalogar dicha vacuna como de uso hospitalario.

Consta la existencia de un informe interno sobre el medicamento VARILAX y su paso a medicamento de uso hospitalario, y en el que se exponía aspectos relacionados con la vacuna de la varicela. El Consejo declara inaplicable en el presente caso la causa de inadmisión prevista en el artículo 18.1 . b de la Ley 19/2013, ya que:

- 1.- Dicho documento recogía información objetiva sobre el grado de desarrollo de una determinada enfermedad, así como las medidas adoptadas para hacer frente a su propagación.

2.- El hecho de que no fuera formalmente preceptivo la elaboración de dicho informe, pero que finalmente se hiciese, constituye un indicativo de la relevancia que le otorgó la AEMPS.

3.- Se trata del único documento, o el más relevante que se suministró en la reunión que sirvió de apoyo a la decisión finalmente adoptada. Por eso parece difícil negar de plano cualquier influencia del informe que se solicita en la decisión adoptada.

4.- Resulta evidente la relevancia y la necesidad de conocimiento por la sociedad de la decisión para convertir un medicamento de uso humano, en uso exclusivamente hospitalario, precisamente porque esa decisión influye de manera decisiva en la salud de la población española con carácter general, y en la de los afectados por la enfermedad, con carácter específico.

Texto completo: www.consejodetransparencia.es

VI- RESPONSABILIDAD SANITARIA.

- **Responsabilidad por retraso del médico en informar a la paciente de los resultados de la prueba radiológica y del cáncer de mama.**

STSJ de Castilla-La Mancha de 4 de enero de 2016, nº 19

La Sentencia desestima el recurso interpuesto por la Administración contra la Sentencia de instancia que declaraba la responsabilidad patrimonial por pérdida de oportunidad en el tratamiento de un carcinoma de mama. La paciente, tras someterse a la realización de una prueba radiológica, no fue informada por el médico de atención primaria de los resultados, lo que hubiera podido conllevar un tratamiento menos agresivo y un pronóstico mejor.

No se discute el funcionamiento del servicio de radiología, sino el incumplimiento por parte del médico de atención primaria de su obligación de transmitir el resultado de las pruebas. El médico tuvo a su disposición el resultado de los informes en la aplicación informática, y tuvo la oportunidad de dar traslado personal a la paciente con ocasión las posteriores visitas que ésta realizó, aunque el motivo de las mismas fuera ajeno a tales pruebas.

El hecho de que la paciente tampoco se interesase expresamente por los resultados de las pruebas no rompe el nexo causal, debido a que no consta una prueba determinante que permita establecer, sin género de duda, que se le indicó de forma clara y precisa a la paciente que tenía la obligación de solicitar del médico de atención primaria el resultado de dichas pruebas.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Fallecimiento de dos hijos que se esperaban en parto gemelar. Pérdida de oportunidad.**

STSJ de Aragón de 17 de abril de 2015 nº rec 250/2012

Responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por el fallecimiento de dos hijos que se esperaban en parto gemelar. La gestante acudió al hospital con dolores muy fuertes y abundantes contracciones. Allí le realizaron un “test basal” y le dijeron que todo estaba correcto. Dos días después acudió al hospital porque dejó de percibir movimientos de los dos fetos, le practicaron una cesárea y los dos fetos nacieron muertos.

La Sala entiende que estamos ante un supuesto de “pérdida de oportunidad”, pues pese a la importancia otorgada por ambas partes al resultado de la prueba del test basal, el centro sanitario no aportó dicho informe que revelaba datos relevantes para un adecuado tratamiento del parto. Asimismo no se tuvo en cuenta los antecedentes de la mujer a la que hubo que practicar una cesárea anterior por no progresión del parto.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Responsabilidad por demora en el inicio del tratamiento de rehabilitación. Pérdida de oportunidad.**

STSJ de Asturias de 8 de abril de 2015 nº 245/2015

La Sala condena a la Administración sanitaria por las secuelas padecidas por la paciente que, tras ser intervenida quirúrgicamente de osteocondritis, y tras la insistencia del facultativo de que se iniciara cuanto antes los ejercicios de flexoextensión. Diagnosticada la rigidez de rodilla, se inició rehabilitación de urgencia un mes después, sin que exista justificación clara del retraso en iniciar el proceso. Por todo ello se le privó de la oportunidad de una posible mejor evolución -doctrina de la pérdida de oportunidad- por lo que procede declarar la responsabilidad patrimonial.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **El uso de fórceps es una decisión técnica del facultativo.**

Sentencia del TSJ de CLM de 23 de marzo de 2015, nº 88

La Sala señala en relación con la posible existencia de vulneración del derecho a decidir y a obtener una alternativa médica al uso del fórceps, que *“en modo alguno puede sostenerse que deba someterse a información y consentimiento la totalidad de actuaciones médicas a practicar dentro de la práctica de una actuación médica como es el parto”*.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

VII- REINTEGRO DE GASTOS.

- **Correcta facturación por GRD a aseguradora por asistencia en sanidad pública.**

STSJ de Murcia de 2 de octubre de 2015 nº 814

La entidad aseguradora ASISA alega que la Administración sanitaria no puede facturarle aplicando el precio correspondiente al GRD psicosis como si se tratase de un proceso completo, cuando en realidad la paciente sólo estuvo ingresada en el Hospital público tres días, siendo posteriormente trasladada al sanatorio concertado con la entidad privada donde siguió todo el tratamiento médico.

La Sala desestima el recurso porque los precios fijados en la Orden, que viene a suponer el coste medio de un tratamiento completo, no pueden calcularse para cada caso concreto en atención a los días de hospitalización o tratamiento, si no como el coste medio de prestar una determinada asistencia en función de los diversos procesos médicos.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Abono de los gastos originados por el empleo de tratamiento de quimioterapia en fase experimental.**

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia nº 858/2015 del 9 de octubre

La entidad aseguradora ASISA debe asumir el coste de las pruebas de un programa de tratamiento experimental quimioterápico realizado en un hospital público. La entidad privada autorizó a que se incluyera a su paciente en el citado ensayo clínico, pero señala que no se hizo ninguna referencia al coste económico.

La sentencia establece que si estaba excluido todo coste económico debió hacerlo constar de forma expresa y clara, por lo que no cabe ahora hacer dicha alegación.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Reintegro de gastos por lesión ocular.**

STSJ de Andalucía nº 2873/ 2015 19 de noviembre

Se reconoce a la paciente el derecho a que se le reintegren los gastos por recibir asistencia sanitaria en un centro privado, pese a que no resulta acreditado que las lesiones oculares presentadas por la reclamante se derivase una urgencia vital por pérdida de visión.

En el caso en concreto la paciente venía presentando erosiones corneales en ambos ojos, y consta acreditado que tras la aplicación de tratamientos convencionales no se obtuvo éxito alguno, siendo el propio médico de la sanidad pública quién le indicó a la paciente la necesidad de tratamiento con un específico láser.

Dos son dos factores que hacen que la Sala estime el recurso de suplicación interpuesto por la paciente:

- 1.- El hecho de que las lesiones en los ojos respondan a una patología dolorosa y menoscabante.
- 2.- Que no se pudiese alcanzar la curación con los medios disponibles en el sistema público.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

VIII- SALUD LABORAL.

- **Accidente laboral y recargo en la prestación.**

STSJ de Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, nº 1192/15.

La Sentencia se pronuncia sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el accidente laboral sufrido por el trabajador y la omisión de una concreta medida de seguridad, que justifique la imposición del recargo de prestaciones de Seguridad Social.

El accidente laboral se produjo cuando el trabajador afectado, que tiene reconocido un de discapacidad del 65%, se encontraba desempeñando sus funciones como auxiliar administrativo en el centro de salud, sentado en una silla frente al mostrador de atención al público. En un momento dado se incorporó y se desplazó para recoger un fax, momento en que tropezó con unos cables telefónicos sueltos. Al tiempo del accidente no se había procedido a realizar la evaluación de riesgos del puesto de trabajo, ni se había efectuado los reconocimientos médicos preceptivos al trabajador, ni suministrado a éste formación teórica y práctica en materia preventiva.

La Sala considera es evidente que el accidente se produjo porque la entidad recurrente no adoptó las particulares medidas de protección que se requerían. Sin embargo, teniendo en cuenta el modo en que se produjo el accidente, las consecuencias derivadas del mismo, y la calificación de la infracción como grave en lugar de muy grave, hace que resulte más adecuado minorar el porcentaje del recargo al 40%.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Derecho de los delegados de prevención a acceder a los documentos de investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales realizados por la empresa.**

STS, Sala de lo Social, de 24 de febrero de 2016, nº rec 79/2015

La cuestión litigiosa se centra en determinar si los delegados de prevención tienen o no derecho a acceder a los informes de investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales realizados por la empresa. La AN declaró que los delegados de prevención de riesgos laborales tienen derecho a acceder a los informes y documentos resultantes de la investigación por la empresa de los daños para la salud de los trabajadores.

El TS desestima el recurso de casación interpuesto por la empresa porque el artículo 36.2.b) de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales confiere a los delegados de prevención el derecho a tener acceso, con las limitaciones previstas en el artículo 22.4 de esta Ley, a la información y documentación sobre las condiciones de trabajo necesarias para el ejercicio de sus funciones. La Sala considera que la investigación es una parte del proceso de evaluación de los riesgos, y el acceso a los resultados de la misma forma parte de la información a la que tienen derecho a acceder tanto la autoridad laboral como los delegados de prevención.

La Sala desestima el argumento de que el acceso a los resultados de la investigación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por los delegados de prevención puede afectar a la intimidad del trabajador, ya que la obligación de facilitar los informes (art. 36.2.b)) excepciona los datos relativos a la salud (art. 22.4 de la LPRL).

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

IX- MEDICAMENTOS Y FARMACIA.

- **Posicionamientos contrarios respecto a la sustitución de medicamentos biológicos por medicamento biosimilares.**

I.- POSICIONAMIENTO SOBRE FÁRMACOS BIOSIMILARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA.

http://www.sehh.es/images/stories/PosicionamientoSEHH_biosimilares.pdf

Según esta sociedad científica, no es posible la sustitución de un medicamento biológico por tratarse de una competencia que corresponde exclusivamente al médico prescriptor, pero no así a la comisión de farmacia hospitalaria.

Por ello los acuerdos o concursos para la adquisición de biosimilares deben programarse para evitar que se hagan intercambios entre las marcas, manteniendo el principio de no sustitución de una marca por otra. En definitiva, el médico hematólogo debe tener libertad de prescripción ajustándose a los criterios de sostenibilidad y evidencia científica.

II.- POSICIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA.

http://www.sefh.es/fichadjuntos/Posicionamiento_Biosimilares_SEFH_VF.pdf

La SEFH defiende una posición totalmente contraria. La sustitución de medicamentos en el ámbito hospitalario responde a un planteamiento distinto del que rige en atención primaria. En el ámbito hospitalario el proceso de selección de medicamentos se lleva a cabo de forma consensuada, de modo que medicamentos biotecnológicos que se detallan como no sustituibles por el Ministerio de Sanidad, en el ámbito hospitalario se utilizan según lo seleccionado para utilización en el hospital, como es el caso de las heparinas.

- **Memoria del Defensor del Pueblo Andaluz de 2015.**

Memoria del defensor del pueblo andaluz de 2015. La creación de la comisión central de farmacia puede configurarse en un mecanismo eficaz en la lucha contra la desigualdad, y añade “aún reconociendo el papel de las comisiones que para la selección de los medicamentos se constituyen en todos los hospitales, resulta desconcertante que las mismas alcancen posicionamientos diversos en cuanto a un mismo fármaco, lo que se traduce en una desigualdad”.

Texto completo: defensordelpuebloandaluz.es

- **Sanción a oficina de farmacia por realizar actividad de distribución de medicamentos a otra oficina de farmacia.**

STSJ de Castilla-La Mancha, de 13 de noviembre de 2015 nº 1034

Es objeto de impugnación la resolución sancionadora adoptada por el Consejero de sanidad por la comisión de una infracción administrativa muy grave tipificada en la Ley 29/2006 del 26 de julio, consistente en la realización de una actividad de distribución de medicamentos desde la oficina de farmacia de la que es titular el recurrente a otra oficina de farmacia.

La Sala considera que resulta inaplicable al presente caso la legislación autonómica, en concreto la Ley 5/2005 de ordenación del servicio farmacéutico, debido a que no nos encontramos ante un supuesto de desarrollo legislativo y ejecución en materia de ordenación farmacéutica, si no ante una materia que es competencia exclusiva del Estado.

Por tanto resulta aplicable el artículo 101.2.c de la citada Ley estatal, que vendría a desplazar el tipo descrito en el artículo 86 de la Ley autonómica, que por otra parte no exige que la actividad de distribución de medicamentos a oficinas de farmacia sea realizada por una oficina de farmacia, sino por personas físicas o jurídicas o establecimientos de asistencia farmacéutica que no cuente con la preceptiva autorización.

Asimismo la sentencia declara la responsabilidad del titular de la oficina, pese a que las ventas fueran realizadas por el farmacéutico adjunto. Es el propietario y titular de la oficina de farmacia el responsable de las infracciones cometidas en su establecimiento, en este caso por incurrir al menos en “*culpa in vigilando*” por inobservancia de la diligencia mínima exigible Al no controlar la actividad del farmacéutico adjunto.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **Legalidad del criterio de no distinguir entre la experiencia del farmacéutico adjunto y la experiencia del farmacéutico sustituto.**

STSJ de Canarias de 22 de junio de 2015 nº 43/15.

La sentencia declara en relación con el baremo específico de méritos y criterios que ha de regir el concurso para la adjudicación de oficinas de farmacia, que no resulta arbitrario ni atentatorio contra el principio de igualdad el criterio de no hacer distinción entre la puntuación de la experiencia del farmacéutico adjunto y la del sustituto.

El argumento de que sólo el farmacéutico sustituto sufre al titular y asume la responsabilidad del funcionamiento de la oficina de farmacia, no es cierto según la Ley 4/2005, de ordenación farmacéutica de Canarias.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **La fijación de la dosis diaria definida no exige disposición reglamentaria.**

Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de octubre de 2015 nº de rec 3934/2013.

La fijación mediante resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad de la denominada dosis diaria definida a la que se refiere el artículo 93.2 de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento, no reviste la naturaleza de disposición de carácter general.

En contra de lo confirmado por la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles, no procede precisar reglamentariamente la definición previa de la dosis diaria definida. Dicha dosis es sencillamente la dosis diaria que el laboratorio, con el control de las autoridades sanitarias al autorizar el medicamento, considera como necesaria para la eficacia terapéutica de éste.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

X- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.

- Naturaleza de disposición de carácter general de cartas/instrucciones impartidas por el DG de Farmacia.

STS de 12 de junio de 2015, rec 2831/2013

La Sentencia se pronuncia sobre la naturaleza de las misivas remitidas desde la DG de Farmacia a los presidentes de Farmaindustria, del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, y de la Federación Española de Distribución Farmacéutica, atendiendo su contenido y finalidad. La parte recurrente considera que se trata en realidad de disposición normativa de carácter general, y que por tanto se ha elaborado prescindiendo del procedimiento legalmente establecido.

La Sala estima el recurso ya que a través de estas cartas se está concretando y desarrollando los artículos 8 y 10 del RD-Ley 8/2010 estableciendo un procedimiento que sirve de pauta para *“actuar entre los distintos agentes de la cadena farmacéutica: laboratorios, distribuidores y oficinas de farmacia.*

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- Vía de hecho y silencio administrativo.

STSJ del País Vasco nº 87/2015, de 5 de febrero

No resulta procedente estimar por silencio administrativo positivo, resultado del doble juego del silencio negativo conforme al art. 43.2 de la Ley 30/1992, la pretensión de que se declare haber incurrido el Osakidetza en vía de hecho.

No toda petición de los interesados puede calificarse como correspondiente a un procedimiento administrativo iniciado a instancia de parte. En este caso estaríamos realmente ante una petición de cese de la vía de hecho, y por tanto el silencio en el que incurre la Administración lo que determina es la continuidad de la vía de hecho y el presupuesto para la interposición del recurso previsto en los artículos 25.2 y 30 de la LJCA.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

XI- DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL.

- **No constituye “condición más beneficiosa” los cambios de turno realizados con el conocimiento de la supervisora.**

STSJ de Castilla y León de 24 de junio de 2015, nº rec 993/2015, Sala de lo Social

Los recurrentes pretenden que la empresa respete en aplicación del principio laboral de condición más beneficiosa, los cambios de turnos acordados por los trabajadores del centro con conocimiento de la supervisora. Sin embargo para la aplicación de dicho principio no basta con el disfrute por los trabajadores de unas condiciones más favorables que las previstas en la norma o convenio, sino que, además, es preciso que concurra un segundo requisito, la voluntad empresarial de conceder esa situación como derecho a incorporar al contrato.

En el presente caso lo único que hay constancia es que los trabajadores del centro cambiaban el turno apuntándolo en un cuaderno del que tenía conocimiento la supervisora. Por todo ello no resulta aplicable dicho principio, y sí ajustado a derecho la decisión empresarial de cambiar el régimen de turnos existente en el centro sanitario.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

- **La realización de guardias por un médico residente en una especialidad distinta a la suya no es una cuestión laboral.**

STSJ de Galicia sala de lo social de 22 de junio de 2015 nº de rec 505/2014.

La sentencia de instancia había revocado la decisión de la Administración, manifestada a través de la Dirección de Recursos Humanos del hospital, de obligar a la recurrente que es médico residente de la especialidad de dermatología, realizar guardias en una especialidad diferente ya que en el hospital no existían guardias para esa especialidad.

El recurso interpuesto por la Administración gallega es estimado pues la decisión combatida se enmarca dentro del carácter formativo de la relación que vincula a la profesional con la Administración, de modo que no cabe hablar de una cuestión de naturaleza laboral. El hecho de que la decisión se la comunicara la Dirección de Recursos Humanos no tiene ninguna trascendencia ya que reproduce la decisión que previamente había adoptado la comisión de docencia del centro y que había comunicado a su tutor. Se trata de una medida que está perfectamente prevista en la Orden que regula el programa formativo de la especialidad de dermatología - la adaptación del programa formativo- y por tanto su conocimiento queda vedado a los tribunales del orden social por tratarse de una cuestión formativa.

No obstante en el supuesto de considerar que se tratase de una medida de contenido laboral, la decisión impugnada sería equiparable a una movilidad interna horizontal pues ejercería funciones correspondientes al mismo grupo profesional respetando la titulación académica precisa, y la dignidad de la trabajadora conforme al art. 39.1 del TRET.

Texto completo: <http://www.poderjudicial.es>

XII- SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

- **Inconstitucionalidad de la inadmisión a trámite de la propuesta de ley de defensa de la sanidad pública presentada por el grupo parlamentario socialista.**

Sentencia del Tribunal constitucional 10/2016

El Tribunal estima el recurso de amparo interpuesto por el grupo parlamentario socialista contra el acuerdo de la mesa de la Asamblea de Extremadura por el que se desestimó el recurso de reconsideración frente al acuerdo que inadmitió a trámite la propuesta de ley de defensa de la sanidad pública. Dicha propuesta establecía la exigencia de un plan estratégico previo a la utilización por la Administración de Extremadura de cualquier forma de gestión prevista en el artículo 1 de la Ley 15/1997, de 25 de abril.

Dicho Acuerdo de inadmisión se considera que vulnera el derecho de los miembros del grupo parlamentario a ejercer en condiciones de igualdad las funciones y cargos públicos con los requisitos que señalen las leyes (art. 23.2 de la CE). El Acuerdo impugnado adolece de falta de motivación, que no puede entenderse sanada por la escueta referencia realizada al informe emitido por el letrado mayor y en el que se cuestiona la adecuación a derecho de la propuesta rechazada; las mesas han de abstenerse de realizar un pretendido juicio de constitucionalidad acerca de los contenidos de las propuestas de ley, que han de ser admitidas a trámite cuando se cumplan todas las formalidades reglamentariamente establecidas.

Pero es que, además, en el presente caso las supuestas dudas sobre la constitucionalidad de la propuesta presentada no se encuentran suficientemente fundadas en el citado informe, pues no se justifica el carácter básico de la Ley 15/1997 con la que se confronta la propuesta de ley inadmitida, ni tampoco se hace alusión alguna a la distribución constitucional y estatutaria de competencias en materia sanitaria.

Texto completo: www.tribunalconstitucional.es

7.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

- Concepto y régimen jurídico de los medicamentos.

Vida Fernández, José ISBN:9788490203002

Más información: www.tirant.com

- Ley General de Sanidad y disposiciones complementarias.

Miguel Carbonell

Más información: www.tirant.com

II.- Formación

- XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal.

Alicante, 29 septiembre a 01 de octubre

Más información: campusvirtualsepl.org

-NOTICIAS-

- **La dispensación de los medicamentos de diagnóstico hospitalario en hospitales no supone prácticamente ningún ahorro.**

La dispensación de los medicamentos de diagnóstico hospitalario (DH) en hospitales no supone prácticamente ningún ahorro, según ha puesto de manifiesto el Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE), que ha calculado este mes la diferencia de gasto para el Sistema Nacional de Salud entre la dispensación de medicamentos de DH en hospitales y oficinas de farmacia

Fuente: telecinco.es

- **Un estudio evidencia el impacto negativo del copago sanitario en la adherencia de los pensionistas a tratamientos.**

El estudio 'Impacto de la modificación del copago farmacéutico (Real Decreto-Ley 16/2012) sobre la adherencia a fármacos efectivos tras Síndrome Coronario Agudo' ha evidenciado que la modificación del copago farmacéutico, en julio de 2012, ha tenido un impacto negativo en la adherencia de los pensionistas a tratamientos tras haber sufrido un tras sufrir síndrome coronario agudo (SCA) o infarto de corazón.

Fuente: telecinco.es

- **Premios Albert Jovell a proyectos que apuestan por el paciente.**

Fuente: abc.es

- **El Supremo aprueba las tarifas del Sergas 2010 de asistencia sanitaria concertada.**

El documento ratificado fijaba tarifas máximas aplicables a la asistencia sanitaria concertada por el Sergas y revisaba los precios de los conciertos vigentes

Fuente: laregion.es

- **Un hospital catalán recurre a la justicia para inducirle el parto a una embarazada**

La mujer se negó a ser intervenida, pero los Mossos d'Esquadra se personaron en su casa y la acompañaron de regreso al centro sanitario

Fuente: lavanguardia.com

- Euskadi aprueba mañana la ley que regula los derechos de los enfermos terminales.

Será la séptima comunidad autónoma en regular los derechos de los enfermos terminales.

Fuente: diariovasco.com

- GEPAC, a favor de la entrada de fármacos biosimilares en el SNS, si se garantiza la seguridad y eficacia al paciente.

El Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) se ha posicionado a favor de la entrada de medicamentos biosimilares en el Sistema Nacional de Salud (SNS), siempre y cuando se garantice la seguridad y eficacia para el paciente.

Fuente: telecinco.es

- La Seguridad Social de Reino Unido cede otra vez datos de pacientes a Google

Fuente: eldiario.es

- La humanización es esencial para garantizar una buena calidad asistencial del paciente.

Los profesionales de salud tienen un papel fundamental en la humanización de la medicina porque "es vocación, al servicio de los demás y a los intereses del paciente; la clave está en no considerar a las personas como una enfermedad, y para ello, lo más importante es escuchar, tener empatía, tener conciencia y querer ayudar", ha destacado el presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), el doctor José María Moraleda, durante la presentación de la campaña 'Historias de Vocación'.

Fuente: telecinco.es

- Zaragoza debate el borrador de Declaración ética del Sistema Nacional de Salud

Fuente: europapress.es

-BIOETICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

- **Omisión y suspensión de cuidados vitales ¿matar o dejar morir? Una aproximación desde los criterios morales y jurídicos de la tipificación de la acción.** Pilar Zambrano. Cuadernos de Bioética XXVII 2016.

La autora identifica algunos criterios para determinar cuándo y por qué la omisión o suspensión de cuidados vitales constituye a su juicio un modo de matar- o de suicidio- ; y cuáles son las condiciones de razonabilidad de la injerencia pública en la decisión de la omisión de cuidados vitales.

Más información: aebioetica.org

- **Bioética: puentes de futuro. Grandes desafíos de la bioética. Escenarios de futuro.** Francesc Torralba. Revista Iberoamericana de Bioética. 2016.

Nueva Revista Iberoamericana de Bioética editada por la Universidad Pontificia de Comillas. En este artículo se enumeran de forma muy resumida los principales retos de la bioética del siglo XXI, entre los que cabe destacar los desafíos de orden global y la necesidad de articular una bioética social que trascienda los debates internos de los países más desarrollados del planeta; la distribución de los recursos; la ética de la gestión del agua; la ecoética y la bioética; los derechos de los seres no humanos; las fronteras entre lo humano y lo técnico; la ética gerontológica y la administración pública del cuidado; el transhumanismo; la eugenesia liberal.

Más información: upcomillas.es

- **Bioética: puentes de futuro. Bioética para el siglo XXI: construyendo esperanza.** Adela Cortina. Revista Iberoamericana de Bioética. 2016.

El artículo analiza el nacimiento de la bioética como bioética cívica de las sociedades pluralistas en el contexto de las éticas aplicadas, su evolución hasta conformar una bioética global, su actual estructura, los retos a los que enfrenta, y por último, el tipo de razón práctica desde el que debería orientar su tarea para alcanzar sus objetivos.

Más información: upcomillas.es

- **Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna. Revista de Calidad Asistencial. 2016.**

El artículo describe qué medidas de limitación de esfuerzo terapéutico se realizan en los pacientes fallecidos en un servicio de medicina interna de un hospital de Madrid. La limitación más frecuentemente prescrita fue la orden de no reanimación cardiopulmonar, y la segunda no realizar medidas agresivas. Tras estas dos medidas las siguientes más habituales fueron la restricción al uso de antibióticos, el no ingreso en la UCI, no realizar tratamiento quirúrgico, no administrar nutrición parenteral y no iniciar terapia renal sustitutiva. Las menos habituales fueron no administrar tratamiento oncológico activo, y no transfundir.

El artículo muestra la necesidad de educar sobre qué es limitación de esfuerzo terapéutico y por qué es importante registrar en la historia clínica las diferentes medidas de LET.

Más información: dialnet.es

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

I.- Bibliografía

- **Ética y derechos humanos en la era biotecnológica.**

Rodríguez Merino, Jose María

Más información: www.dykinson.com

II.- Formación

- **Maternidad subrogada: revisión ético-legal.**

7 octubre de 2016

Facultad de derecho, Universidad Complutense de Madrid

Más información: aebioetica.org

- **XII Curso de verano: Enseñanza e Investigación en Bioética.**

2 y 3 de septiembre de 2016.

Más información: medicosypacientes.com

- **4ª Edición: Aprendiendo a Enseñar: Curso de Formación para Formadores en Bioética**

Madrid, 19 - 23 septiembre 2016

Más información: fcs.es

OTROS CURSOS.

- **VII Jornadas Nacionales de Enfermería en Cuidados Paliativos, organizadas por la AECPAL, que tendrán lugar en Madrid durante los días 9 y 10 de marzo de 2017.**

Más información: www.aecpal2017