



SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 145 ABRIL 2017.

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 Cuadrado Gómez.

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.-COMUNITARIA:	3
II.-ESTATAL:	3
III.-AUTONÓMICA:	
➤ Castilla-La Mancha.	4
➤ Cataluña.	4
➤ Comunidad Valenciana.	5
➤ Islas Baleares.	5
➤ La Rioja.	5
➤ Islas Canarias.	6
➤ Navarra.	6
➤ Región de Murcia.	7
➤ Cantabria.	7
➤ Castilla Y León.	8
➤ Principado de Asturias.	8
➤ Galicia.	8
➤ Andalucía.	8
➤ Comunidad de Madrid.	9
➤ Aragón.	9
➤ País Vasco.	9

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

- La dualidad del régimen jurídico aplicable a la custodia y conservación de la documentación sanitaria. 10
- Proposición de Ley de modificación de la ley 15/2015, de 2 de julio, de jurisdicción voluntaria. 11

3.- SENTENCIA PARA DEBATE:

- Financiación Pública de medicamentos de alto coste: prevalecen las consideraciones clínicas sobre las de contenido económico. 12

4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS

- I- RECURSOS HUMANOS. 14
- II- CONTRATACIÓN. 17
- III- PRESTACIONES SANITARIAS. 21
- IV- PROFESIONES SANITARIAS. 22
- V- INTIMIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS. 24
- VI- PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES/SALUD LABORAL. 25
- VII- RESPONSABILIDAD SANITARIA. 26
- VIII- FACTURACIÓN Y REINTEGRO DE GASTOS. 29
- IX- SISTEMA NACIONAL DE SALUD. 31

5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 32

-NOTICIAS-

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de abril de 2017 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o la Bioética. 33

-BIOÉTICA y SANIDAD-

1.- CUESTIONES DE INTERÉS. 37

2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 40

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I- LEGISLACIÓN COMUNITARIA

- Reglamento (UE) 2017/612 de la Comisión, de 30 de marzo de 2017, por el que se modifica el Reglamento (CE) n.º 297/95 del Consejo en lo que se refiere al ajuste de las tasas de la Agencia Europea de Medicamentos a la tasa de inflación a partir del 1 de abril de 2017.

[D.O.U.E. de 31 de marzo de 2017](#)

II- LEGISLACIÓN ESTATAL

- Proposición de Ley de modificación de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de Jurisdicción Voluntaria.

[Congreso.es](#)

- Real Decreto 316/2017, de 31 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento para la ejecución de la Ley 24/2015, de 24 de julio, de Patentes.

[B.O.E. de 01 de abril de 2017](#)

- Orden ETU/296/2017, de 31 de marzo, por la que se establecen los plazos máximos de resolución en los procedimientos regulados en la Ley 24/2015, de 24 de julio, de patentes.

[B.O.E. de 01 de abril de 2017](#)

- Orden PRA/360/2017, de 21 de abril, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos de 2 de marzo de 2017, sobre condiciones adicionales a cumplir por las Comunidades Autónomas adheridas al Fondo de Financiación a Comunidades Autónomas, compartimento Fondo de Liquidez Autonómico 2017.

[B.O.E. de 22 de abril de 2017](#)

- Resolución de 30 de marzo de 2017, del Instituto Nacional de Estadística, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Fundació Institut Mar D' Investigacions Mèdiques, en relación al estudio coste efectividad y coste utilidad de los principales tratamientos por el cáncer de próstata localizado.

[B.O.E. de 17 de abril de 2017](#)

- Resolución de 4 de abril de 2017, de la Secretaría de Estado para las Administraciones Territoriales, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Bilateral de Cooperación Administración General del Estado-Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en relación con la Ley de la Región de Murcia 15/2016, de 12 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud.

[B.O.E. de 22 de abril de 2017](#)

- Resolución de 31 de marzo de 2017, del Instituto de Salud Carlos III, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Puerta de Hierro, para acordar la gestión de los fondos del proyecto de investigación "Ensayo clínico del trasplante de células madre de cordón umbilical".

[B.O.E. de 22 de abril de 2017](#)

III- LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

Castilla-La Mancha.

- Resolución de 28 de marzo de 2017, de la Subsecretaría, por la que se publica el Acuerdo de modificación, prórroga y actualización para el año 2017, del Convenio de colaboración entre el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial, para la prestación en zonas rurales de determinados servicios sanitarios a los mutualistas y demás beneficiarios adscritos a entidades de seguro de asistencia sanitaria concertada con dichas mutualidades..

[B.O.E. de 21 de abril de 2017](#)

Cataluña.

- Acuerdo GOV/40/2017, de 4 de abril, sobre la recuperación de una parte de la paga extraordinaria y adicional del mes de diciembre de 2012 del personal del sector público de la Generalidad de Cataluña.

[D.O.C.G. de 06 de abril de 2017](#)

- Resolución EMC/659/2017, de 22 de marzo, por la que se aprueba la adscripción del Instituto de Investigación Biomédica de Girona (IdIBGi), como instituto universitario de investigación, a la Universidad de Girona.

[D.O.C.G. de 31 de marzo de 2017](#)

- Acuerdo GOV/48/2017, de 18 de abril, por el que se aprueba la oferta parcial de empleo público de la Generalidad de Cataluña para el año 2017.

[D.O.C.G. de 20 de abril de 2017](#)

- Resolución SLT/848/2017, de 11 de abril, por la que se hace público el encargo de gestión que hace el Departamento de Salud al Instituto Catalán de Oncología para desarrollar programas de salud y formación de los profesionales sanitarios, así como impulsar y dar apoyo a las actividades de la Red Catalana de Hospitales sin Humo.

[D.O.C.G. de 21 de abril de 2017](#)

Comunidad Valenciana.

- Ley 8/2017, de 7 de abril, de la Generalitat, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunitat Valenciana.
- Decreto 44/2017, de 24 de marzo. Crea categorías estatutarias del servicio de salud de la Comunitat Valenciana.

[D.O.G.V. de 04 de abril de 2016](#)

- Acuerdo de 24 de marzo de 2017, del Consell, por el que se aprueba el Plan de prevención de riesgos laborales de la Administración de la Generalitat.

[D.O.G.V. de 10 de abril de 2017](#)

Islas Baleares.

- Decreto 13/2017, de 31 de marzo, de modificación del Decreto 62/2011, de 20 de mayo, por el que se regulan las modalidades de colaboración en las actividades formativas y en los procesos selectivos y de provisión organizados por la Escuela Balear de Administración Pública, y se aprueba el baremo de las indemnizaciones que se derivan.

[B.O.I.B. de 01 de abril de 2017](#)

- Acuerdo de 7 de abril de 2017 del Consejo de Gobierno por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 13 de enero de 2017 para establecer un complemento específico para el personal de gestión y servicios que presta servicios en Formentera.

[B.O.I.B. de 08 de abril de 2017](#)

La Rioja.

- Ley 2/2017, de 31 de marzo, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de La Rioja para el año 2017.

[B.O.R. de 01 de abril de 2017](#)

- Ley 3/2017, de 31 de marzo, de Medidas Fiscales y Administrativas para el año 2017.

[B.O.R. de 01 de abril de 2017](#)

- Decreto 12/2017, de 31 de marzo, por el que se regula la Comisión Interdepartamental de Investigación , Desarrollo Tecnológico e Innovación de La Rioja, el Consejo Riojano de Investigación , Desarrollo Tecnológico e Innovación, y el Registro y Catálogos del Registro de Agentes del Sistema Riojano de Innovación, su organización y funcionamiento, en ejecución del mandato legislativo establecido en la Ley 3/2009, de 23 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, de la Comunidad Autónoma de la Rioja.

[B.O.R. de 05 de abril de 2017](#)

Islas Canarias.

- Orden de 30 de marzo de 2017, por la que se fijan los criterios objetivos para determinar el orden de cese del personal estatutario que desempeña plaza básica vacante de forma temporal o provisional en los centros e instituciones sanitarias del Servicio Canario de la Salud, cuando concurra alguna de las causas legal o reglamentariamente establecidas.

[B.O.C. de 07 de abril de 2017](#)

- Orden de 30 de marzo de 2017, por la que se aprueba el Plan Estratégico de Subvenciones de la Consejería de Sanidad para 2017-2019.

[B.O.C. de 21 de abril de 2017](#)

- Resolución de 29 de marzo 2017. Modifica la cuantía de los precios públicos de servicios sanitarios previstos en el Decreto 81/2009, de 16-6-2009 (LCAN 2009\236), por el que se establecen los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud y se fijan sus cuantías.

[B.O.C. de 05 de abril de 2017](#)

Navarra.

- Decreto Foral 21/2017, de 29 de marzo, por el que se modifica el Decreto Foral 158/1984, de 4 de julio, por el que se aprueba el Reglamento Provisional de Retribuciones del Personal al servicio de las Administraciones Públicas de Navarra.

[B.O.N. de 31 de marzo de 2017](#)

- Orden Foral 347E/2017, de 23 de marzo, del Consejero de Salud, por la que se aprueban las normas de gestión de las listas de aspirantes a la contratación temporal en los centros y establecimientos de los organismos autónomos adscritos al Departamento de Salud.

[B.O.N. de 12 de abril de 2017](#)

Región de Murcia.

- Convenio de colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y la Asociación de Famosos y Deportistas contra el Cáncer (AFADECA), para la creación de un área lúdico-deportiva (parque infantil) para oncología en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia .

[B.O.R.M. de 01 de marzo de 2017](#)

- Resolución de 2 de marzo de 2017, de la Secretaría General de la Consejería de Sanidad, por la que se publica el Acuerdo de 1 de marzo de 2017 entre la Gerencia de Asistencia Sanitaria de El Bierzo y la Gerencia de Salud del Área de León por la que se formaliza la encomienda de gestión de las actuaciones de tramitación de distintos procedimientos sobre materias de competencia de la Gerencia Regional de Salud.

[B.O.R.M. de 08 de abril de 2017](#)

- Resolución de 27 de marzo de 2017 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, sobre las condiciones económicas aplicables a la prestación de servicios de asistencia sanitaria en medios ajenos en el ámbito de la Región de Murcia.

[B.O.R.M. de 19 de abril de 2017](#)

- Resolución de 28 de marzo de 2017, de la Secretaría de Estado de Justicia, por la que se publica el Convenio de colaboración con el Servicio Murciano de Salud, para cooperación en materia de acceso a datos sanitarios de interés forense.

[B.O.R.M. de 10 de abril de 2017](#)

Cantabria.

- Orden SAN/15/2017, de 28 de marzo, por la que se aprueba la convocatoria de subvenciones destinadas a financiar actividades de apoyo a los programas de prevención y control del VIH/SIDA para el año 2017.

[B.O.C. de 10 de abril de 2017](#)

- Orden SAN/18/2017, de 3 de abril, por la que se establece el procedimiento de integración del Personal Estatutario Fijo e Interino de las Instituciones Sanitarias de Servicio Cántabro de Salud, en la categoría de Enfermero/a del Trabajo.

[B.O.C. de 17 de abril de 2017](#)

- Orden SAN/19/2017, de 4 de abril, por la que se establecen las normas que regulan los pagos satisfechos mediante anticipo de caja fija en el Servicio Cántabro de Salud.

[B.O.C. de 17 de abril de 2017](#)

Castilla y León.

- Orden SAN/231/2017, de 24 de marzo, por la que se aprueba el Programa 2017 para el reconocimiento e incentivación de los profesionales que finalizan su residencia en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

[B.O.C.Y.L. de 07 de abril de 2017](#)

- Orden SAN/285/2017, de 11 de abril, por la que se actualiza el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia de la Comunidad de Castilla y León del 2017.

[B.O.C.Y.L. de 21 de abril de 2017](#)

Principado de Asturias.

- Ley del Principado de Asturias 3/2017, de 7 de abril, de autorización de endeudamiento.

[B.O.P.A. de 08 de abril de 2017](#)

Galicia.

- Decreto 38/2017, de 23 de marzo, por el que se regula la instalación y el uso de desfibriladores externos fuera del ámbito sanitario, y se crea su registro.

[D.O.G. de 10 de abril de 2017](#)

- Resolución de 5 de abril de 2017, de la Dirección General de Justicia, por la que se determina el régimen del servicio de guardia del personal médico forense del Instituto de Medicina Legal de Galicia.

[D.O.G. de 11 de abril de 2017](#)

- Resolución de 27 de abril de 2017, de la Intervención General de la Comunidad Autónoma, por la que se ordena la publicación del Acuerdo del Consello de la Xunta de Galicia, de 27 de abril de 2017, por el que se regula el ejercicio y materialización del control financiero de ciclo continuo en el ámbito del Servicio Gallego de Salud.

[D.O.G. de 28 de abril de 2017](#)

Andalucía.

- Acuerdo de 4 de abril de 2017, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el I Plan Andaluz de Atención Integral a Personas Menores de seis años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla (2017-2020).

[B.O.J.A. de 11 de abril de 2017](#)

Comunidad de Madrid.

- Ley 1/2017, de 9 de marzo, de Creación del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid.

[B.O.C.M. de 12 de abril de 2017](#)

- Resolución de 28 de marzo de 2017, de la Subsecretaría, por la que se publica la Adenda al Convenio trilateral de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Comunidad de Madrid y la Entidad Pública Empresarial Red.es, para el desarrollo del Programa de Salud y Bienestar Social de la Agenda Digital para España en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

[B.O.C.M. de 12 de abril de 2017](#)

Aragón.

- Decreto 62/2017, de 11 de abril. Acuerdos de Acción Concertada de Servicios Sanitarios y Convenios de Vinculación con Entidades Públicas y Entidades sin Ánimo de Lucro.

[B.O.A. de 21 de abril de 2017](#)

- Orden SAN/518/2017, de 31 de marzo, mediante la que se publica el Acuerdo de 14 de marzo de 2017, del Gobierno de Aragón, por el que se otorga la aprobación expresa y formal, ratificándolo, al acuerdo alcanzado entre el Servicio Aragonés de Salud y los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad de 1 de febrero de 2017, por el que se modifica el Acuerdo entre el Servicio Aragonés de Salud y los sindicatos integrantes de la mesa sectorial de sanidad, en materia de carrera profesional para el personal sanitario de formación profesional y el personal de gestión y servicios del Servicio Aragonés de Salud de 26 de junio de 2008.

[B.O.A. de 25 de abril de 2017](#)

- Resolución de 3 de abril de 2017, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se regula el procedimiento ordinario de acceso y cambio de nivel de carrera profesional para el personal sanitario de formación profesional y el personal de gestión y servicios del Servicio Aragonés de Salud.

[B.O.A. de 25 de abril de 2017](#)

País Vasco.

- Decreto 80/2017, de 11 de abril, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud.

[B.O.P.V. de 21 de abril de 2017](#)

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

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

- **La dualidad del Régimen Jurídico aplicable a la custodia y conservación de la documentación sanitaria.**

haya recogida en la Ley de Patrimonio Histórico 16/85 cuyo artículo 36 señala que “los bienes integrantes del Patrimonio Histórico deben ser conservados y custodiados por sus propietarios o en su caso por los titulares de derechos reales o por sus poseedores”, siendo el artículo 49.2 del mismo texto legal el que nos aclara qué bienes forman parte del citado patrimonio “forman parte del patrimonio documental, los documentos de cualquier época generados, conservados o reunidos en el ejercicio de la función por cualquier organismo o entidad de carácter público, por personas privadas, físicas o jurídicas, gestoras de servicios públicos, en todo lo relacionado con la gestión de tales servicios”.

La propia ley, en el apartado primero del citado artículo nos define el documento como “toda expresión en lenguaje natural o convencional y cualquier otra expresión gráfica, sonora o en imagen, recogidos en cualquier tipo de soporte material, incluidos los soportes informáticos”.

Esta Ley encuentra su correlato autonómico en las distintas disposiciones legales reguladoras del correspondiente patrimonio documental, si bien hay que precisar que algunas de ellas sí que han hecho alguna precisión respecto del régimen de custodia, conservación y destrucción de la documentación clínica. Tal es el caso de la Ley 7/2011, de 3 noviembre, de Documentos, Archivos y Patrimonio Documental de Andalucía, cuya Disposición Adicional Décima “*Archivos del sistema sanitario público de Andalucía e historias clínicas de las personas usuarias de los servicios sanitarios en Andalucía*”, establece:

1. En los centros del sistema sanitario público de Andalucía existirá un archivo, que contendrá toda la documentación relacionada con el funcionamiento de los mismos, con excepción de todos aquellos documentos que estén vinculados a la historia clínica de las personas usuarias.

2. Los documentos relativos a la historia clínica de las personas usuarias, a que se refiere el art. 14 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se regirán por su normativa específica.

En términos similares véase la Ley 7/2014, de 26 de septiembre, de archivos y documentos de Galicia, cuya Disposición Adicional Sexta “*Normativa de aplicación a los documentos constitutivos de la historia clínica*” señala:

Los documentos constitutivos de la historia clínica de las personas usuarias de la asistencia sanitaria que se preste en los centros y establecimientos sanitarios públicos y privados de la Comunidad Autónoma de Galicia se regirán por su normativa, la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica

reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica .

Y a nivel reglamentario la Orden de 23 de febrero de 2015, por la que se aprueba la Política de gestión de documentos electrónicos y archivo electrónico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, en la que se afirma que *“Los documentos que conforman la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios se regirán por su normativa específica”*.

Sin embargo no todas las CCAA han contemplado esta importante salvaguarda, como es el caso de la legislación de Castilla-La Mancha. La **Ley 19/2002, de 15 de noviembre de 2002**, de Archivos Públicos de Castilla-La Mancha, en su art. 5 define como archivos de titularidad pública *“los conjuntos orgánicos de documentos, de cualquier época, producidos o reunidos en la Región por, entre otros, cualquier Administración o Entidad Pública”*, como sería el caso del Organismo Autónomo SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) del que forman parte las diferentes instituciones sanitarias representadas a través de las correspondientes Gerencias. En este sentido el SESCAM quedaría integrado dentro del denominado *“Subsistema de órganos de gobierno y Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha”* (art. 17.b), estructurado en archivos de oficina, archivos centrales, archivos territoriales y archivo de Castilla-La Mancha.

En desarrollo de esta Ley se ha aprobado el **Decreto 18/2017, de 14 de febrero**, por el que se regula la composición y funcionamiento de la Comisión de Acceso a los Documentos del Subsistema de Archivos de los órganos de Gobierno y de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y el procedimiento de acceso a los mismos, sin contemplar excepción alguna respecto de su aplicación a los documentos sanitarios. De este modo, en este tipo de legislaciones, se incurre en el riesgo del solapamiento normativo entre la legislación específica sanitaria y la legislación común, atribuyendo a una Comisión Central Calificadora la eliminación de los abundantes y complejos documentos clínicos. En definitiva, una medida que al margen de la problemática jurídica que pueda plantear, dudo que resulte operativa desde el punto de vista práctico.

- **Proposición de Ley de modificación de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de Jurisdicción Voluntaria.**

La proposición establece que *“Solo en el caso excepcional de que alguno de los contrayentes presentare una condición de salud que, de modo evidente, categórico y sustancial, pueda impedirle prestar el consentimiento matrimonial pese a las medidas de apoyo, se recabará dictamen médico sobre su aptitud para prestar el consentimiento”*

La redacción actual del art. 56 del CC exige como regla general la aportación de un dictamen médico sobre la aptitud del contrayente para prestar consentimiento. *“Si alguno de los contrayentes estuviere afectado por deficiencias mentales, intelectuales o sensoriales, se exigirá por el Secretario judicial, Notario, Encargado del Registro Civil o funcionario que tramite el acta o expediente, dictamen médico sobre su aptitud para prestar el consentimiento.*

Texto completo: congreso.es

3.- SENTENCIA PARA DEBATE.

Vicente Lomas Hernández.

Doctor en Derecho.

Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica.

- **Financiación pública de medicamentos de alto coste: prevalecen las consideraciones clínicas sobre las de contenido económico.**

TSJ Castilla y León (Valladolid) Sala de lo Contencioso-Administrativo, sec. 1ª, S 22-11-2016, nº 1644/2016, rec. 1152/2015.

El origen de la controversia radica en la denegación del reintegro de los medicamentos sofosbuvir 400 mg y daclastavir 60 mg correspondientes a 12 semanas de tratamiento hasta completar el periodo total de duración del mismo fijado por las doctoras que han tratado al paciente en 24 semanas.

El paciente, mutualista de MUFACE y afectado por hepatitis C, estaba siendo tratado en hospital universitario Río Ortega de Valladolid, donde se le prescribió tratamiento farmacológico con ambos medicamentos. El Departamento de prestaciones de citada entidad emitió informe favorable para la dispensación de los medicamentos durante un máximo de 12 semanas. Sin embargo el recurrente aportó nuevo informe clínico de consulta emitido por su facultativo en el que se hacía constar que: *"al tener el paciente una fibrosis 4, el tratamiento debe tener una duración de 24 semanas, según las guías y protocolos.* El Departamento de Prestaciones Sanitarias mostró su desacuerdo con este criterio apoyándose en la Estrategia Terapéutica de priorización para el uso de antivirales de acción directa para el tratamiento de la hepatitis crónica por virus C en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, según la cual cuando el resultado de la carga viral es negativo no procede una continuación de más de 12 semanas de tratamiento. Esta decisión no es compartida por el paciente y las doctoras que trataban al recurrente que sostienen, por el contrario, que dadas las circunstancias de especial gravedad que concurrían en aquél (trasplantado hepático, cirrosis, fibrosis severa en grado 4, genotipo 3) las recomendaciones actuales en todas las guías clínicas disponibles son que el tratamiento adecuado para garantizar su curación dure 24 semanas, no existiendo otro tratamiento alternativo eficaz.

Dos cuestiones centrales:

- a) La afectación del derecho a la protección de la salud como consecuencia de decisiones administrativas basadas en consideraciones de ahorro económico.
- b) Límites de la libertad de prescripción de los facultativos y, si una vez autorizada la prescripción y financiación de unos determinados medicamentos por la Administración competente, esta pueda establecer unos criterios o estrategias que prevalezcan sobre los del facultativo de forma que si no se acomodan a aquellos no son financiados por los recursos públicos.

La legislación sanitaria (art. 4.7.b) de la LOPS, art. 85 de la entonces vigente Ley 29/2006) y la jurisprudencia (STS de 29 de mayo de 2001) el facultativo debe ajustarse a las guías y protocolos de práctica clínica y asistencial; el problema surge cuando no puede prescribir un medicamento que en su juicio clínico es necesario y no hacerlo estima que puede incidir negativamente en el tratamiento del paciente porque no está incluido en la cartera de prestaciones farmacéuticas o no está incluido o lo está en forma distinta a la que se entiende procedente en las guías o protocolos establecidos y, en caso de prescribirlo, si los Servicios de Salud han de financiarlo, especialmente los de coste más elevado, con su posible incidencia en la política seguida de racionalización del gasto sanitario, que persigue equilibrar los principios de eficiencia, equidad y justicia distributiva a través de la priorización de los recursos.

En el presente caso la Estrategia invocada por MUFACE para denegar el reintegro de gastos por las 12 semanas adicionales de tratamiento no excluye la posibilidad de que este tipo de tratamientos dure más de 12 semanas y se admite que las recomendaciones terapéuticas que se contiene en el documento puedan ser sustituidas por las guías clínicas que las diferentes asociaciones profesionales nacionales e internacionales. Precisamente la decisión de las doctoras que tratan al paciente en la sanidad pública de prolongar dicho tratamiento 12 semanas más, estaría justificada por razones técnicas amparadas por las guías clínicas, de modo que de no hacerlo así la vida del paciente peligraría, al hacerse resistente el virus por una cesación de la medicación prematura. Por el contrario la Administración no acredita que esta decisión, desde el punto de vista de *lex artis*, resulte erróneo, sin que por tanto puedan prevalecer razones de naturaleza económica sobre motivaciones estrictamente clínicas.

El sempiterno dilema de la contención del gasto sanitario, y en particular del gasto farmacéutico, sin comprometer por ello el derecho a la asistencia sanitaria de la población, y la polémica libertad de prescripción del facultativo. Precisamente sobre temas como éste y otros similares se manifestarán los ponentes en la Jornada sobre **“Medicamentos, ¿Derecho Humano o negocio? organizada por la “Asociación por un acceso justo al medicamento”**, que tendrá lugar el día 23 de mayo en la Residencia Universitaria “Santa María de la Cabeza” en Toledo.

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

4.-DOCUMENTOS DE INTERES

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

I- RECURSOS HUMANOS:

- **Extensión de efectos de sentencias en procesos selectivos.**

Auto del TSJ de Castilla-La Mancha nº 757/15, de 3 de noviembre de 2015.

La Sala aplica el criterio recogido en las diversas SSTC- número 87/2008, 130/2008, 131/2008, 68/2009 y 69/2009- conforme al cual quien no impugnó el resultado de unas pruebas selectivas no puede luego pretender que se le aplique el criterio sentado por una sentencia ganada por quien sí la impugnó.

Ante este tipo de situaciones, la Sala considera que debe primar el criterio de seguridad jurídica en las pruebas selectivas, lo que supone que quién no esté de acuerdo con el resultado lo debe impugnar en el plazo ofrecido a tal efecto a fin de que los aprobados, emplazamos en dicha impugnación, sepan desde el primer momento que su plaza está en entredicho.

“parece poco menos que intolerable que se permita también que la pierdan -la plaza- porque quien se aquietó a los resultados quiere ahora, años después, aprovechar la sentencia obtenida por otro, como si de una tardía segunda ronda de anulaciones se tratase” “quien en su día aprobó y ve como el resultado no se impugnó, o se impugnó solo por alguno que pudiera no llegar a perjudicar dado su orden en las listas; y dio por firme su plaza, y sobre eso tomó decisiones vitales y económicas de indudable relevancia y merecedoras de protección; no debía ver cómo años después llega a perder la plaza porque todos aquellos que no recurrieron vienen a pedir lo que uno de ellos sí pidió y obtuvo en los tribunales.”.

- **Reserva de plazas por el turno de discapacitados**

Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de octubre de 2015, nº rec 2939/2014.

La sentencia declara que no ha lugar al recurso de casación interpuesto por el Servicio Gallego de Salud contra la sentencia del TSJ de Galicia, de 14 de abril del pasado año, en relación con el recurso interpuesto por una opositora, afectada por una minusvalía física del 49%, que alegaba que en el anexo de las plazas convocadas en el concurso oposición para el ingreso en las especialidades de la categoría de FEA en psiquiatría, no se establecía reserva de plaza alguna.

La Administración considera que nada impone que cada porcentaje de plazas a cubrir se establezca únicamente en función del número de plazas ofertadas en cada especialidad, sino que corresponde al centro directivo, en el marco de autoorganización, determinar las especialidades que serán objeto de cobertura a través de aquel sistema de acceso.

La Sala aplica el criterio ya recogido en la STS de 28 de febrero de 2012, en la que se interpretaba el sentido del artículo 30.6 del Estatuto Marco sobre convocatorias para la selección de personal estatutario. En dicha Sentencia el Tribunal Supremo señalaba que la reserva de un cupo no inferior al 5% de las plazas convocadas para ser cubiertas entre personas con discapacidad, constituye un deber que se imponen por el legislador en las concretas y singulares convocatorias de plazas, no bastando con que esa reserva se aplique sobre el total de las plazas incluidas en la oferta de empleo público. Por tanto en cada convocatoria de plazas para las distintas categorías debe reservarse ese mínimo porcentual, salvo que ellos no resulte posible bien porque el escaso número de plazas que sean ofertadas en la convocatoria imposibilite la reserva del dicho cupo, o bien porque se esté ante una categoría cuyo desempeño profesional sea incompatible con la presencia de una discapacidad, lo que no sucedía en el en el presente caso ya que la recurrente venía prestando sus servicios en tal categoría a pesar de tener un grado de minusvalía acreditado del 49%.

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

- **Anulación de PORRHH por insuficiente rango normativo.**

Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de octubre de 2015, nº rec 2932/ 2014.

La sentencia desestima el recurso interpuesto por la Administración sanitaria valenciana y confirma la anulación de la Orden de la Consejería de Sanidad por la que se regula el procedimiento para la jubilación forzosa, la prolongación de la permanencia en el servicio activo y la jubilación voluntaria del personal adscrito a las instituciones sanitarias.

La anulación obedece al insuficiente rango normativo de la disposición impugnada.

- 1.- No estamos ante una materia meramente organizativa de carácter interno.
- 2.- Se trata de una disposición reglamentaria dictada en ejecución del artículo 26 del Estatuto Marco, no es un mero desarrollo del Plan de Ordenación de Recursos Humanos, y por todo ello el rango normativo de la disposición debiera haber sido el de “Decreto”.
- 3.- Al tratarse de una disposición general y no meramente organizativa resultaba preceptivo recabar el informe del Consejo Jurídico Consultivo.

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

- **El orden jurisdiccional contencioso-administrativo es competente para conocer de las controversias planteadas por personal docente universitario con plaza vinculada.**

Auto del Tribunal Supremo de 2 de noviembre de 2015 nº 17/2015

El orden jurisdiccional competente para conocer de las cuestiones litigiosas que pueda plantear el personal de Universidad con plaza vinculada en la sanidad pública es el orden jurisdiccional contencioso-administrativo.

En este caso se trata de un profesor titular de la Universidad de la Laguna con plaza vinculada de supervisor de enfermería en el Hospital Universitario de Canarias, quién interpuso recurso contra el cese en la realización de la prolongación de jornada que tenía autorizada. El juzgado de lo contencioso-administrativo declaró su falta de jurisdicción por considerar competente la jurisdicción social, al entender que la plaza del actor en el hospital es de naturaleza laboral sometido al convenio colectivo, y que la plaza vinculada que ostenta tiene una doble condición contractual. A su vez el juzgado de lo social dictó auto por el que declinó el conocimiento de la demanda.

En atención a la naturaleza jurídica de la relación de servicios que mantiene este tipo de personal con la Administración pública, la STS de 20 de marzo de 2001 señaló que el desempeño de dos plazas vinculadas (la docente y la asistencial) se configura como un solo puesto de trabajo, y esa vinculación resultante en los puestos de trabajo de los docentes universitarios constituye un aspecto del estatuto regulador de su relación funcional. Por tanto se declara competente para conocer del asunto al orden jurisdiccional de lo contencioso-administrativo.

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

- **Inexistencia de vulneración del derecho al cargo por cese en el programa voluntario de reperfusión coronaria.**

STSJ de Castilla-La Mancha 30 de noviembre de 2015 nº 195

Un grupo de enfermeros que venían participando en el programa denominado “*código de reperfusión coronaria de Castilla-La Mancha*” impugnan el cese en la participación en dicho programa. Previamente los interesados habían manifestado mediante un escrito su intención de no seguir prestando el servicio, para el que se habían ofrecido voluntariamente, debido a lo que ellos consideraban un “trato discriminatorio” respecto de los médicos que participaban en ese mismo programa.

Según la Sala no se ha producido vulneración del derecho al cargo. Es obvio que no pueden seguir en dicho programa, al que accedieron voluntariamente, quienes manifiestan súbitamente que no van a atender las llamadas de alerta que puedan producirse.

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

- Las sanciones disciplinarias de suspensión de funciones que acumulativamente excedan del límite de seis meses no comportan pérdida del puesto de trabajo.

STSJ de Madrid de 1 de octubre de 2015 nº 535.

Se discute si procede la pérdida del puesto de trabajo por acumulación de tres sanciones disciplinarias de suspensión de funciones por la comisión de tres faltas graves, que totalizan siete meses, o si, por el contrario, la pérdida del trabajo sólo procede cuando hay una única sanción de suspensión superior a seis meses.

Según el artículo 90 del Estatuto Básico del Empleado Público, la suspensión determinará la pérdida del puesto de trabajo cuando exceda de seis meses. Por otra parte la Ley de Función Pública de la Comunidad de Madrid prevé la consideración de falta muy grave la comisión de tres faltas graves, sin distinción alguna entre la homogeneidad o no de los hechos infractores.

Sin embargo esta previsión no se encuentra recogido en el Estatuto Marco, y por otra parte hay que estar a la distinta naturaleza de las sanciones administrativas adoptadas en procedimientos distintos y con características igualmente autónomas. Por todo ello estas sanciones deben ser consideradas por separado, y por tanto no se rebasaría en ningún momento el límite de los seis meses.

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

- El facultativo de la sanidad penitenciaria pertenece a un cuerpo propio específico con cometidos singulares.

STSJ de Galicia nº 502/2015 de 30 de septiembre

Si en las bases de la convocatoria no se incluye apartado alguno que permita valorar los servicios prestados en categorías/cuerpos con contenido funcional a los de médico de atención primaria, no se podrán tener en cuenta como servicios correspondientes a la categoría de médicos de familia los prestados como facultativo de la sanidad penitenciaria.

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

II- CONTRATACIÓN.

- Error en la calificación de las ofertas. Aplicación del principio de conservación de actos y trámites.

Informe 4/2016, de 31 de marzo de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de Madrid.

La Mesa de contratación admitió a todas las empresas a licitación y procedió a la apertura de las ofertas económicas. Posteriormente se comprobó, a instancia de unas de las empresas licitadoras, que algunas de las proposiciones presentadas fueron admitidas a la licitación cuando debieron haber sido rechazadas, dado que no cumplían con los requisitos exigidos en los pliegos.

La Junta Consultiva parte de la premisa de que hubo un error en un informe técnico solicitado por la Mesa, error que no supone la infracción de las normas de preparación del contrato ni las reguladoras del procedimiento de adjudicación, de modo que no procedería el desistimiento. En tal caso lo que procede es actuar conforme al principio de conservación de actos y trámites previsto en el art. 51 de la Ley 39/2015, de aplicación subsidiaria. Según este planteamiento la Mesas ha de proceder a subsanar el error de tramitación producido en el informe técnico, retrotrayendo las actuaciones mediante la solicitud de un nuevo informe técnico. Asimismo la Mesa deberá dar cuenta en acto público del resultado de lo actuado, comunicando los licitadores que quedan excluidos, así como los motivos de la exclusión, y por último, proponer al órgano de contratación la adjudicación a favor de la oferta más ventajosa económicamente.

Texto completo: madrid.org

- **Resolución de contrato por incumplimiento de obligación debe constar expresamente en el PCAP.**

Sentencia del TSJ de Castilla-La Mancha nº 339 de 4 de julio de 2016

La Sala estima el recurso interpuesto por la empresa “Coviden” contra la resolución del contrato para el suministro de absorbentes para incontinencia, con incautación de garantía, siendo la causa de dicha resolución el incumplimiento de lo prescrito en la cláusula 8.3.2 del pliego. Según dicha cláusula, la empresa tiene la obligación de participar en los procedimientos negociados derivados de este concurso. Sin embargo no se contempla que el incumplimiento de dicha obligación acarree la resolución del contrato. Por consiguiente no resulta ajustado a Derecho la resolución unilateral del contrato por la causa recogida en el art. 111.h), porque no figura establecida expresamente en el contrato. Lo que establece el citado precepto legal queda lejos de ser que todo incumplimiento contractual sea causa de resolución del contrato, pues constituirá causa solo cuando así se establezca expresamente.

Texto completo: poderjudicial.es

- **No es criterio de adjudicación la exigencia al contratista de sufragar cursos de formación del personal sanitario.**

Resolución nº 600/2016 del Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales, de 22 de Julio de 2016.

El pliego recurrido tiene por objeto la contratación del suministro sucesivo de material para la determinación INR y control del tratamiento anticoagulante oral (T.A.O) con AVK, mediante tiras reactivas/chips a través de analizadores portátiles. En el apartado 5.3 de la carátula se considera que las necesidades administrativas a satisfacer son disponer del material necesario para la determinación y control anticoagulante oral, para los pacientes atendidos en los centros sanitarios dependientes del Servicio Gallego de Salud. El apartado 14 de la misma carátula entiende que el lugar de entrega para las estructuras organizativas de gestión integrada las realizará el contratista en la Plataforma logística del Servicio Gallego de Salud y en el Polígono Industrial de Covas en Negreira-A Coruña.

Se discute si resulta ajustado a Derecho teniendo en cuenta el art. 150 del TRLCSP, el criterio objetivo de adjudicación *"Formación, educación y sensibilización (hasta cinco puntos): Oferta de un importe económico para formación, educación sanitaria y sensibilización de los profesionales, pacientes y población en general respecto a trastornos hemorrágicos y de coagulación de la sangre, sus terapias cuidados y control. La oferta alcanzará como máximo el 5% del importe de la compra (...) La oferta formativa, educativa o de sensibilización será gestionada y programada desde la Administración sanitaria."*

El artículo 150.1 TRLCSP establece: *"Para la valoración de las proposiciones y la determinación de la oferta económicamente más ventajosa deberá atenderse a criterios directamente vinculados al objeto del contrato, tales como la calidad, el precio, la fórmula utilizable para revisar las retribuciones ligadas a la utilización de la obra o a la prestación del servicio, el plazo de ejecución o entrega de la prestación, el coste de utilización, las características medioambientales o vinculadas con la satisfacción de exigencias sociales que respondan a necesidades, definidas en las especificaciones del contrato, propias de las categorías de población especialmente desfavorecidas a las que pertenezcan los usuarios o beneficiarios de las prestaciones a contratar, la rentabilidad, el valor técnico, las características estéticas o funcionales, la disponibilidad y coste de los repuestos, el mantenimiento, la asistencia técnica, el servicio postventa u otros semejantes"*. Del citado precepto resulta que únicamente cabe considerar como criterios de valoración aquellos que se traduzcan en una mejor prestación del servicio ofertado, y por tanto el criterio primordial para saber si una determinada mejora o criterio de adjudicación guarda relación directa o no, con el objeto del contrato es que del mismo derive una mejor prestación del servicio ofertado. En definitiva atendiendo a la prestación propia que constituye el objeto de cada contrato (servicio, entrega de bienes, obra_) la mejora o el criterio de adjudicación debe aportar un valor añadido a la ejecución de las mismas.

La aportación económica exigida para formación, educación sanitaria y sensibilización de los profesionales, pacientes y población en general respecto a trastornos hemorrágicos y de coagulación de la sangre, sus terapias cuidados y control establecida como criterio de adjudicación no está vinculada directamente al objeto del contrato, objeto que lo constituye simple y llanamente la entrega sucesiva de una serie de bienes. Cuestión distinta es que el órgano de contratación entienda que, es óptimo y conveniente, para el interés público, ligar la venta y suministro de todo el material necesario para realizar las pruebas de la TAO, que incluye la compra de algunos productos de este suministro, con la formación en el manejo de esos mismos equipos, tanto a los profesionales del SERGAS (médicos y enfermeras) como a los pacientes (enfermos y cuidadores) y a la población en general. Pero dicha formación que se persigue debería obtenerse por otro cauce diferente ya que, de lo que no cabe duda es que no guarda relación directa para el buen fin o consecución idónea del suministro.

No obstante, lo dicho y a mayor abundamiento es difícil conciliar tal y como está concebido este criterio con el objeto del contrato si además la aportación a realizar por el adjudicatario, según el informe del órgano de contratación, se ingresa en la Xunta para generar crédito para formación, lo que implica necesariamente que la susodicha formación no sea previa ni simultánea a la entrega de los productos sanitarios sino que incluso pueda realizarse una vez que se haya extinguido el contrato, y en todo caso aunque la formación a la que se refiere el órgano de contratación está relacionada con los productos objetos del suministro, se encuadra en un ámbito más genérico como es el de los trastornos hemorrágicos y de coagulación de la sangre. Argumentos ambos que corroboran junto con el principal la falta de vinculación directa del criterio establecido en el pliego con el objeto del contrato.

Texto completo: minhafp.gob.es

- **Resolución nº 77/2016, de 1 de julio. Tribunal Administrativo de Contratos Públicos de la Comunidad Autónoma de Canarias.**

Es objeto de impugnación el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares que rige la contratación de SUMINISTRO DE TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES CON CESIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS AUTOANALIZADORES AUTOMÁTICOS DE LECTURA MEDIANTE SISTEMA DE ACUERDO MARCOS. El Tribunal considera que ha de declararse la nulidad de PCAP por vulnerar el artículo 150.2 del TRLCSP y tener un contenido imposible.

Según los PCAP el sobre número 2: Deberá contener la Proposición relativa a los criterios de adjudicación NO evaluables mediante cifras o porcentajes para la licitación, mediante procedimiento abierto, del acuerdo marco relativo al suministro de Test de Sangre Oculta en Heces, con cesión y mantenimiento de los equipos autoanalizadores automáticos de lectura. Los licitadores incluirán en este sobre una memoria técnica donde acrediten el cumplimiento de las prescripciones técnicas que se recogen en el Pliego de Prescripciones Técnicas así como muestras del test.

Asimismo los pliegos advierten que si algún licitador incluye en el sobre nº 2 información relativa a los criterios de valoración que deben valorarse en el sobre nº 3 dicha oferta será automáticamente excluida de la licitación.

La empresa recurrente alega que la obligación de incluir muestras del test en el Sobre número 2 hace virtualmente imposible evitar caer en la causa de exclusión señalada en la cláusula 12.3.2 del PCAP., argumentando que, a poco que se contemplen los criterios de adjudicación a que se refiere la indicada cláusula 9.3 .2 ("Criterios de adjudicación evaluables mediante cifras o porcentajes") se advertirá que algunos de esos criterios giran en torno a información que se revela abiertamente mediante la entrega de muestras del test en el Sobre número 2, puesto que los mismos se refieren a extremos tales como el diseño del colector y su posible forma plana (criterio 9.3.2.2.) o la existencia de filtro en el colector que elimine cualquier resto sólido (criterio 9.3.2.4); es decir, hay que entregar muestras de test en el sobre número 2; y, sin embargo, al hacerlo necesariamente se revela información sobre criterios de adjudicación evaluables mediante cifras o porcentajes que se exige y se reserva al Sobre número 3, lo que determinará la automática exclusión de la licitación.

Texto completo: gobiernodecanarias.es

III- PRESTACIONES SANITARIAS.

- La expedición del documento E-112 supone el reconocimiento completo del derecho, incluido el reintegro de gastos por prestaciones a las que no se tendría derecho en España, tales como elección de médico, habitación privada.

Sentencia del Tribunal Supremo nº 696/2016 de 19 Jul. 2016, Rec. 210/2015.

La demandante se sometió en una clínica privada de Suiza a una técnica quirúrgica exclusiva no implantada en los Sistemas Públicos de Salud de ninguno de los países del Espacio Social Europeo. Previamente había obtenido del Servicio de Prestaciones y Conciertos del Servicio Navarro de Salud un informe favorable autorizando expresamente la asistencia de la actora para el antedicho tratamiento en el centro suizo. Coherentemente, el INSS emitió certificado E-112.

El paciente no especificó que la clínica suiza era un centro sanitario privado, y una vez en ella no se identificó como paciente autorizado por España, de modo que fue tratado como paciente privado, por lo que la cuestión a dilucidar es si el reintegro de los gastos médicos derivados de la intervención quirúrgica en Suiza, autorizada al demandante por la Sanidad española, cubría o no los gastos que el hospital suizo consideró no incluidos en la autorización dada en el modelo E-112, como son los derivados de la libre elección por el demandante de médicos y habitación privada.

La Sentencia recurrida por el INSS, y cuyo criterio comparte el TS, considera que *“El Certificado E-112 incorpora ... la autorización administrativa para la asistencia sanitaria, autorización que ... no constituye un mero permiso para que la actora continúe su tratamiento en otro centro europeo, pues es obvio que para ello la paciente no necesitaba ningún permiso si se lo iba a sufragar de su bolsillo, sino un verdadero título de asunción de responsabilidad por parte de la Administración autorizante (es decir, el INSS) respecto de los gastos de asistencia sanitaria que fueron objeto de la repetida autorización, y que quedan identificados como los originados en la Clínica Hirlanden de Zurich. Estos son los términos de la autorización de que fue objeto la actora”; que “ Esa autorización en que consiste el Certificado E- 112 constituye un acto administrativo eficaz desde su emisión, lo que implica el derecho del administrado a beneficiarse del contenido autorizatorio en los términos en que fue dictado y en que le fue trasladado ” y que “ la actora no tenía la obligación adicional de especificar la naturaleza pública o privada del centro médico a que se dirigía”*

Par el TS, *“la sentencia recurrida examina un supuesto en el que al concederse la autorización de tratamiento quirúrgico en el extranjero, ya constaba que para el complicado cuadro médico que presentaba la paciente, la única solución consistía en tratamiento quirúrgico que solo se practica en un centro hospitalario suizo (Clínica Hirlanden de Zurich) a cuya Unidad de Neuropatología se solicitaba derivar a la paciente para un específico tratamiento quirúrgico y para ser intervenida por un Doctor determinado expresamente y el servicio de prestaciones y conciertos del servicio navarro de Salud, emitió un informe favorable a esta propuesta, autorizando expresamente a la actora a recibir este tratamiento en el centro que se especificaba, de manera que el certificado E-112, cuando incorpora la autorización administrativa para recibir esta asistencia sanitaria, asume un verdadero título de responsabilidad respecto de los gastos de asistencia sanitaria que se derivarían de la operación que*

quedan identificados como originados en la clínica Hirslanden de Zurich y que son los términos de la autorización de que fue objeto la actora”

Así pues, según nuestro Alto Tribunal, la expedición del documento E-112 supone el reconocimiento completo del derecho, incluido el reintegro de gastos por prestaciones a las que no se tendría derecho en España, tales como elección de médico, habitación privada y otros, un pronunciamiento que la Sala no considera que entre en contradicción con la Sentencia de contraste invocada por el INSS, la STS de 18 de enero de 2011.

La Sentencia incorpora un voto particular según el cual el fallo debería haber sido estimatorio del recurso de casación: la asistencia sanitaria transfronteriza a la que tienen derecho los ciudadanos asegurados está limitada por las prestaciones incluidas en la cartera de servicios del Estado de residencia.

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

IV- PROFESIONES SANITARIAS.

- Regulación de la profesión de psicólogo.

STS de 31 de marzo de 2016, nº rec 20/2015

El recurrente pretende que se declare la nulidad del RD 967/2014, de 21 de noviembre, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la homologación y declaración de equivalencia a titulación y nivel académico, motivada por el incumplimiento por parte del Gobierno del mandato recogido en la disposición adicional séptima de la Ley General de Salud Pública. Según la Sentencia dicho incumplimiento no hace nulo el reglamento citado.

“No podemos afirmar que nos hallemos (en relación con los psicólogos) ante una profesión regulada, pues el Gobierno no ha establecido las condiciones a las que deberán adecuarse los correspondientes planes de estudios, con ajuste a la normativa europea aplicable, ni ha establecido el diseño de los planes de estudios de modo que permitan obtener las competencias necesarias para el ejercicio de la profesión.

Y por eso mismo no podemos considerar que su no inclusión en el Anexo I del RD recurrido constituya una omisión reglamentaria (...) hubiera sido necesario que se dictase, previamente, la correspondientes orden ministerial sobre los requisitos para la verificación de dicho título”.

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

- **Intrusismo: quiromasajista que realiza funciones de fisioterapia.**

Procedimiento abreviado núm. 226/2016. Sentencia del Juzgado de lo Penal núm. 4 de Pamplona de 28 de octubre de 2016.

La acusada venía realizando masajes terapéuticos y preventivos para cuya práctica es necesaria la obtención del título universitario de Diplomado en Fisioterapia del que la acusada carece, teniendo ésta únicamente diplomas como masajista, quiromasajista y de osteopatía.

En concreto, la acusada, con anterioridad al año 2.012, firmó un contrato de prestación de servicio de fisioterapia con una empresa para realizar masajes a sus empleados asumiendo parte del coste la contratista. A través de dicho contrato la acusada vino realizando masajes de todo tipo, incluidos tratamientos de dolencias, a varias empleadas hasta un total de 73 masajes que fueron facturados por la empresa a la acusada.

La acusada, de forma expresa, ha reconocido que no tiene estudios de fisioterapia pues únicamente posee los de los diplomas aportados a las actuaciones que le acreditan como quiromasajista o masajista deportivo.

Además, la acusada ha reconocido que conoce más o menos la profesión de fisioterapeuta y que nunca ha sobrepasado sus límites ejerciendo actos propios de dicha profesión.

Sin embargo los hechos muestran una persona que carece del título de fisioterapeuta, pero que firma un contrato de servicios de fisioterapia, y que se anuncia en Internet con, entre otros servicios, el tratamiento de las lesiones.

Por todo lo anterior se aprecia la comisión de un delito de intrusismo del artículo 403 del Código Penal que castiga la conducta tipificada con la pena de multa de 6 a 12 meses.

- **Responsabilidad sanitaria por no presencia en el trabajo de parto del facultativo cuyas funciones son asumidas por la matrona.**

Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 2 de Toledo nº 92/2016, de 29 de febrero

Responsabilidad patrimonial por incumplimiento del protocolo. En el caso enjuiciado la matrona no avisó al médico al final de la fase activa de la primera etapa del parto, en dilatación completa, y por lo tanto de parto, sino que ella misma realizó las funciones propias del facultativo hasta las complicaciones en el trabajo de parto. Si el médico hubiera estado allí la cesárea se hubiera indicado antes, realizándose dentro del plazo máximo de 30 minutos que indica el protocolo de la SEGO.

V- INTIMIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS.

- No existe deber de entregar la totalidad del contenido de la HC una vez transcurrido el plazo de legal de conservación de cinco años. El error en la dirección del envío postal de la documentación no es una infracción grave.

Sentencia de la Audiencia Nacional núm. 475/2016 de 7 octubre.

La recurrente ejerció el derecho de acceso a su historia clínica frente al Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias Sagrado Corazón de Jesús de Málaga. El citado Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias Sagrado Corazón de Jesús de Málaga, procedió a dar respuesta a la solicitud de la actora mediante remisión de fotocopia de los documentos que se generaron durante el ingreso de aquella en la Unidad de Corta Estancia.

Alega que los documentos que conforman la historia clínica del paciente a tenor del art. 15 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, solamente le fue entregada el informe de alta, analítica de sangre y toma de constantes, sin que se le hubieran entregado la autorización judicial de ingreso, diagnóstico y metodología empleada, identidad y número de colegiado del médico responsable del diagnóstico, órdenes médicas, consentimiento informado, medicación y dosis administradas. Por otro lado, se le entregaron fotocopias que carecían de cotejo o compulsas, data, firma y sello del responsable del centro adverbando ser fiel copia del original. Como dato especialmente relevante indicar que el ejercicio del derecho de acceso tuvo lugar 9 años y medio del alta médica.

Según la Sentencia *“el supuesto que nos ocupa, es evidente del transcurso del citado plazo de cinco años, cuando se ejercitó el derecho de acceso por parte de la demandante, habiendo transcurrido el plazo para la conservación de la historia clínica de la misma. Pero a pesar de ello, se le remitieron los documentos que todavía obraban en el centro sanitario, incluido el nombre y el número de colegiado del médico que informó el alta.”* Asimismo apostilla que no queda acreditado que el resto de los documentos que considera la recurrente que forman parte del contenido de la HC, realmente formaran parte de la misma.

Respecto a que se le hicieran entrega de fotocopias, la Sala desestima este motivo debido a que la legislación de protección de datos contempla expresamente esta modalidad de satisfacción del derecho de acceso (art. 15.2 de la LOPD).

Por último se considera que se ha infringido la LOPD debido al envío de la documentación al domicilio familiar, lo que según la clínica fue debido a un error, ya que es el que constaba en la historia de la paciente, lo que no implica que hayan accedido al contenido de la historia clínica terceras personas. Como ya se dijera en la Sentencia 2 de marzo de 2005 -recurso nº. 123/2003 -: *“De mantenerse la interpretación que subyace en la resolución recurrida resultaría que cualquier equivocación en el envío de correspondencia a la dirección de una persona, constituiría una infracción grave de la Ley de Protección de Datos, conclusión que consideramos no guarda la necesaria proporción con los hechos enjuiciados”.*

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

VI- PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES/SALUD LABORAL.

- Incumplimiento por la Administración sanitaria de las medidas de protección de un facultativo víctima de agresión por un paciente reincidente.

Sentencia del TSJ del País Vasco núm. 857/2016 de 3 mayo.

Se desestima el recurso de suplicación interpuesto por el Osakidetza-Servicio Vasco de la Salud contra la sentencia que estima en parte la demanda de reclamación de cantidades que contra la misma formuló un médico psiquiatra, reclamando daños y perjuicios derivados de incumplimiento de obligaciones de prevención de riesgos laborales por la recurrente.

El médico había sido objeto agresiones en diversas ocasiones por parte del mismo paciente, y las medidas adoptadas por la Administración se consideran insuficientes pues se debieron reducir aún más las posibilidades de acceso del paciente al médico agredido más allá de una simple medida de reasignación de psiquiatra.

Partiendo de que aquel paciente ya había desplegado una actuación violenta en el centro donde trabaja el demandante en ocasiones anteriores, el paciente verbalizó ante el Servicio de Urgencias su intención de hacer daño al demandante, centrando en el mismo su pulsión violenta, llegando a entregar tres elementos punzantes, debiendo ser avisado el Jefe de Guardia y también la Policía Municipal. Seguidamente se adoptan algunas medidas, como el cambio de facultativo de tal paciente, pero es de ver que ello no fue suficiente, pues a los meses el mismo paciente vuelve al centro de salud en el que trabaja el demandante, esta vez acompañando a su novia y comienza un nuevo incidente, con llamada a la Policía, intervención del guardia de seguridad y requerimiento de éste al demandante para que se persone ante el paciente al haber recibido un escupitajo, siendo que, en cuanto se le presenta, se abalanza a por el demandante y le propina dos puñetazos, sin mediar palabra.

Luego de aquel previo episodio debió actuarse de forma distinta (la propia recurrente afirma que no se comunicó el mismo ni a responsable de los centros de salud mental ni si quiera al demandante, cuando parece que esto es lo más razonable) y se debieron reducir aún más de lo que se hizo las posibilidades de acceso del paciente al demandante, revelándose insuficiente la simple medida de reasignación de psiquiatra a tal paciente. Es cierto que se adoptaron nuevas medidas, como la instalación de una mampara de protección así como la adopción de un orden de alejamiento del paciente, si bien dichas medidas lo fueron con posterioridad a la segunda agresión. Como afirma el Tribunal:

La política preventiva no consiste en ir a remolque de los accidentes e incidentes que se produzcan, sino que se ha de prever antes de que se produzcan, adoptando medidas que eviten que se produzcan incluso por primera vez, debiendo recordar que la obligación preventiva impone no sólo cumplir con los reglamentos, sino adoptar toda la diligencia exigible al caso.

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

VII- RESPONSABILIDAD SANITARIA.

- Responsabilidad por el inadecuado diseño del sistema de guardias.

Sentencia Audiencia Provincial de Guipúzcoa núm. 222/2014 de 29 septiembre.

El recurso versa sobre la deficiente asistencia sanitaria prestada en Centro Concertado con OSAKIDETZA, en concreto, el Instituto Oncológico. Constituye doctrina reiterada (entre las más recientes, STS de 12 de noviembre de 2013, rec. num. 2524/2011 y las que en ella se citan) que, en virtud de la naturaleza del contrato de seguro de responsabilidad civil, « la autonomía del derecho del perjudicado tiene marcados sus límites por la Ley y por el propio contrato de seguro», de tal forma que « el derecho del perjudicado debe estar dentro de la cobertura o delimitación del contrato de seguro». Es decir, aunque el art.76LCS reconoce al perjudicado una acción directa contra el asegurador que convierte a éste en responsable solidario junto al asegurado, pudiendo ser demandados ambos conjunta o individualmente por aquel, dicha solidaridad tiene < < particulares características y límites, pues el art.73 de la LCS preceptúa que el asegurador responde dentro de los límites del contrato y de la ley con lo que ya tenemos una frontera ineludible para la acción directa». Estas características y límites de la acción directa del perjudicado se traducen en que < < el derecho propio del tercero perjudicado para exigir al asegurador la obligación de indemnizar , no es el mismo que el que tiene. dicho tercero para exigir la indemnización del asegurado, causante del daño. De forma que el tercero perjudicado, cuando ese causante del daño está asegurado, tiene dos derechos a los que corresponden en el lado pasivo dos obligaciones que no se confunden: la del asegurado causante del daño (que nace del hecho ilícito en el ámbito extracontractual o el contractual) y la del asegurador (que también surge de ese mismo hecho ilícito, pero que presupone la existencia de un contrato de seguro y que está sometida al régimen especial del artículo 76) (STS 14-12-2006, rec. 922/2000)»

La responsabilidad teórica de cobertura por parte de LAGUN ARO SA pasa por examinar el contenido de la Póliza y, en base al mismo, resolver si una hipotética responsabilidad civil derivada de una desatención total o parcial médica producida en un Centro Médico concertado o convenido(Instituto Oncológico) con OSAKIDETZA, afecta o supone una exigencia de responsabilidad de OSAKIDETZA.

Una respuesta positiva a la cuestión precedente, permitiría al Tribunal pasar a examinar si concurrió una desatención o una incorrecta o insuficiente atención por parte de los facultativos del Instituto Oncológico.

Una respuesta negativa a la cuestión precedente implicaría la inutilidad, por superfluo, del estudio de la concurrencia de una mala o deficiente praxis en la actuación de los facultativos del Instituto Oncológico o una deficiente atención sanitaria derivada de un déficit de organización del centro sanitario y, en consecuencia, del estudio del "quantum" indemnizatorio, de la que resultaría acreedora la demandante.

Dentro del apartado CENTROS CONCERTADOS de la referida Póliza se lee lo siguiente:

"Queda cubierta la responsabilidad civil de los asegurados (en este caso OSAKIDETZA) por el ejercicio de la actividad asegurada realizada en los centros concertados con Osakidetza por cuenta de éste".

Lo cierto es que el sistema de atención diseñado por los responsables del Centro Médico y ante situaciones de riesgo vital como el que aconteció en los que se exige una respuesta rápida no puede basarse en:

-Un Médico generalista (no un médico intensivista o una anestesista) con conocimientos de reanimación cardiopulmonar básica pero que carece de los conocimientos y preparación necesarias para realizar correctamente una intubación y/ o una traqueotomía además, en un cuello deformado por la hinchazón lo que dificultaba aún más tales actuaciones. La cualificación de la Dra. y sus conocimientos eran conocidos por los responsables del Centro. Así mismo la preparación profesional en los campos citados (reanimación cardiopulmonar avanzada) no era exigida por el Centro para acceder al puesto de trabajo.

-Dos facultativos que no se encuentran en el Centro, sino que han de estar localizables y que solo van a acceder al Centro a través de un sistema de llamadas. Por lo tanto y ante una urgencia vital los únicos recursos disponibles eran un médico sin la preparación suficiente para acometer supuestos de urgencia vital como el actual y asimismo dos médicos que no estaban en el Instituto Oncológico y cuya personación al mismo por un medio de transportes conllevaba un tiempo preciso.

El inadecuado diseño del sistema de guardia propuesto por el Centro Sanitario implica el defectuoso funcionamiento del servicio sanitario prestado, lo que ha sido la causa de la que ha derivado el daño en el paciente (anoxia cerebral y posterior fallecimiento) por lo que existe una relación de causa-efecto generadora de una responsabilidad atribuible al IO, a lo que habría que añadir la falta de consentimiento informado.

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

- **Deber del personal de enfermería de anotar todas las actuaciones sanitarias que lleve a cabo, incluidas aquéllas de carácter habitual y reiterado. El incumplimiento de este deber no se puede justificar en falta de tiempo.**

STSJ de Asturias núm. 446/2016 de 30 mayo

Responsabilidad sanitaria en el supuesto de desarrollo de úlcera por presión, habida cuenta que la aparición de escaras si se le hubieran aplicado al paciente durante su estancia en la UCI las medidas preventivas correspondientes, entre ellas, las del Protocolo de Detención y Prevención de Úlceras por Presión del Principado de Asturias.

La Sala confirma el incumplimiento de la lex artis por falta de adopción de las medidas exigibles en el protocolo para la prevención y tratamiento de las escaras o úlceras por presión, sin que quepa admitir la excusa de que estas complicaciones pueden naturalmente desarrollarse en los casos como en el presente, pues no se ha justificado que fueran inevitables y que no se hubiera evitado el resultado producido, pese a que las tasas estadísticas de incidencias de estas complicaciones en enfermos agudos sea hasta el 38 %.

Asimismo la Sala reprocha la ausencia de constancia documental (hoja de enfermería) de las medidas, incumplimiento de un deber formal que *“no se puede excusar en el automatismo de su implantación por tratarse de actos realizados de forma reiterada y habitual, ya que supone confundir los mismos como si carecieran todos ellos de relevancia o ésta fuera similar, en contra de la práctica hospitalaria de que se hagan constar a diario todos los detalles que inciden en la evolución del estado del paciente y las medidas adoptadas para tratar el cuadro que presenta de acuerdo a las prescripciones facultativas recibidas y las establecidas en el protocolo, ya que éstas dependerán de la situación clínica concreta y de su evolución, por lo que no se puede justificar en la falta de tiempo para hacer las anotaciones en los cambios de turno”*..

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

- **Fallecimiento por cambio de marcapasos. Modelo de consentimiento informado genérico.**

STSJ de Castilla La Mancha de 11 de julio de 2016, nº 342.

Se desestima el recurso de apelación interpuesto por la Administración en un caso de responsabilidad patrimonial sanitaria por fallecimiento del paciente que se había sometido a un procedimiento rutinario de cambio de batería del marcapasos, en el que se produjo una punción de pulmón.

Como refiere la sentencia *“el consentimiento informado queda sustancialmente cuestionado, pues se hizo en un impreso genérico, que no se corresponde con la intervención; sin que se contemple la posibilidad de muerte, de manera precisa y clara y adecuación a los riesgos realmente contraídos según los factores de riesgo de la paciente. Adviértase, que se pincha la vena subclavia en la implantación del marcapasos, sin la utilización de guía ultrasónica; provocando la hemorragia que no se pudo controlar”*.

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

- **La infiltración articular no exigiría consentimiento informado.**

SJCA Nº 2 de Toledo nº 280 de 29 de septiembre de 2015, nº rec 255/2013

Paciente con rotura parcial de ligamento cruzado y quiste en espina tibial se le aplica una infiltración articular con ácido hialurónico; a consecuencia de ello padece una artritis séptica. No consta la existencia de consentimiento informado, que no sería necesario ya que no estamos ante una intervención quirúrgica pese a tratarse de una técnica invasiva. Pese a todo es evidente que hubo una falta de información sobre las consecuencias de esta técnica, como la agravación y adelantamiento del proceso final de artrosis al que estaba abocada la rodilla. Por este motivo procede indemnizar por omisión de requisito de información.

VIII- FACTURACIÓN Y REINTEGRO DE GASTOS.

- Reembolso de gastos a Mutua AT/EP por asistencia sanitaria prestada por contingencia común.

SJ de lo Social nº 2 de Toledo de 28 de diciembre de 2016 nº autos 334/2016,
sentencia nº 334/2016

La sentencia condena a la Administración a reintegrar a la Mutua las cantidades a las que asciende la asistencia sanitaria prestada a una trabajadora que tenía asegurada la cobertura de contingencias profesionales con la entidad colaboradora. Sin embargo posteriormente, y en determinación de contingencia, se declaró que el origen de la asistencia prestada no era por contingencias profesionales sino contingencias comunes. La Administración desestimó la reclamación previa presentada por la Mutua.

La Sentencia confirma la competencia del orden social para conocer de este tipo de controversias, y fundamenta la condena a la Administración en el hecho de que si ésta hubiera tenido dudas sobre el origen real de la contingencia debería haber iniciado un expediente de determinación de contingencia- que no hizo- o proponer algún tipo de prueba en el acto del juicio.

Asimismo no tiene en cuenta la alegación de la representación letrada de la Administración, que considerar improcedente el reembolso a la Mutua debido a que no concurre la nota de urgencia vital según el art. 3 del RD 625/2014. Según dicho precepto *“El facultativo de la mutua que asista al trabajador podrá inicialmente, previo reconocimiento médico preceptivo y la realización, en su caso, de las pruebas que correspondan, considerar que la patología causante es de carácter común y remitir al trabajador al servicio público de salud para su tratamiento, sin perjuicio de dispensarle la asistencia precisa en los casos de urgencia o de riesgo vital. A tal efecto entregará al trabajador un informe médico en el que describa la patología y señale su diagnóstico, el tratamiento dispensado y los motivos que justifican la determinación de la contingencia causante como común, al que acompañará los informes relativos a las pruebas que, en su caso, se hubieran realizado.*

La motivación de la desestimación -acertada en mi opinión- de este motivo la hace descansar el juez en la STSJ de Galicia de 28 de abril de 2016 que establece. *“El carácter de urgencia vital o no de las asistencias no es aplicable al presente litigio, motivo de oposición reservado a las acciones de reintegro instadas por particulares que acuden a la sanidad privada en lugar de hacerlo a la pública”.*

- **Reintegro de gastos en caso de patología sin alternativa terapéutica en la sanidad pública.**

Sentencia TSJ de Navarra, Sala de lo Social, núm. 494/2016 de 27 octubre

Juzgado de lo Social estima la demanda sobre reintegro de gastos médicos interpuesta por D^a Tarsila contra el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y condena al organismo demandado a abonar a la reclamante la cantidad de 10.651,00 € por la intervención quirúrgica que le fue practicada el 10 de junio de 2015 en el Instituto de Microcirugía Ocular (IMO) de Barcelona

La paciente presentaba una agudeza visual muy baja con mera percepción de luz, de la que estaba siendo tratada por los servicios médicos del Servicio Navarro de Salud. Estos servicios, como consta en el hecho probado tercero de la sentencia recurrida, informaron a la demandante tras el tratamiento instaurado, que no existían opciones terapéuticas para mejorar su visión, siendo la única opción ofrecida -ante la imposibilidad de recuperación visual-, procurar que el ojo no provocara más problemas. Como manifiesta la Sala su única solución era la de dejar pasar el tiempo hasta que se produjera una ceguera total.

Conforme a la doctrina del TS en torno a la interpretación que merece el art. 4.3 del RD 1030/2006, la pérdida de funcionalidad de los ojos “compromete valores vitales del individuo, lo que hace necesaria una asistencia urgente e inmediata”, sin que a ello obste el hecho de que entre el mes de abril y el mes de la intervención pasaron prácticamente dos meses, *“pues esta se inició inmediatamente después del último diagnóstico y no pudo culminarse hasta que un donante de córnea compatible permitió la realización de la intervención, no siendo exigible a la demandante que, tras el inicio del proceso asistencial, éste se abandone para acudir nuevamente a unos servicios públicos que habían establecido la imposibilidad de cualquier remedio recuperativo de la visión”*.

Por último, resulta palmario que la actuación de la demandante no constituye una actuación abusiva o caprichosa. La actora acudió al mismo centro que otra ocasión había sido indicado por la sanidad pública al padecer una patología similar, y lo hizo tras agotar todas las posibilidades ofrecidas por el Servicio Navarro de Salud.

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

IX- SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

- **Recurso de inconstitucionalidad nº. 1387-2017, contra el artículo único de la Ley de las Cortes de Aragón 12/2016, de 15 de diciembre, de modificación de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.**

Ley 12/2016, de 15 de diciembre, de modificación de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón crea una nueva disposición adicional tercera con la siguiente redacción **«Disposición adicional tercera. Estabilización del empleo público en el ámbito sanitario.**

El Gobierno de Aragón, conforme a lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica reguladora del empleo público, podrá aprobar ofertas públicas de empleo con carácter excepcional y extraordinario para la consolidación y estabilización del personal al que se refiere el artículo 58 c) de esta ley, negociándolo previamente en la Mesa Sectorial de Sanidad, en las siguientes condiciones:

- a) Que en la oferta se incluyan únicamente plazas ya existentes de carácter estructurante correspondiente a sus distintos cuerpos, escalas o categorías, dotadas presupuestariamente y ocupadas por personal interino.
- b) Que en el expediente quede acreditado que la estabilización no comporta incremento del gasto de personal en el momento y como consecuencia de la incorporación del personal que supere los correspondientes procesos selectivos, sin perjuicio de que en su evolución posterior se devenguen los derechos correspondientes, en el marco y con los límites de la normativa básica estatal.
- c) Que la oferta no consuma plazas susceptibles de ser convocadas en el marco de lo establecido en la normativa básica presupuestaria estatal.
- d) Que los procesos de estabilización en el empleo público se realicen de acuerdo con una planificación que garantice una adecuada prestación del servicio público sanitario en todo el territorio.»

Texto completo: boe.es

5.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

- La liberalización de la asistencia sanitaria transfronteriza en Europa retos y desafíos para el Sistema nacional de Salud.

Directora: Josefa Cantero Rivas. Aranzadi.

Más información: marcialpons.es

Más información: ajs.es

- Régimen jurídico del personal estatutario de los servicios de salud problemática y cuestiones prácticas.

Coordinador: Vicente Lomas Hernández. Aranzadi.

Más información: marcialpons.es

- Responsabilidad civil por infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

María Luisa Arcos Vieira
Editorial Aranzadi

Más información: dialnet.es

II.- Formación

DERECHO ADMINISTRATIVO

- X Simposio de actualización en Derecho Administrativo. Procedimiento Administrativo, régimen jurídico del sector público y jurisdicción Contencioso-Administrativa.

26 de mayo de 2017. Universidad de Almería.

Más información: actualizacionenderechoadministrativo.com

DERECHO SANITARIO

- XXVI Congreso Derecho y Salud.

Palma, días 7, 8 y 9 de junio 2017

Más información: ajs.es

- Jornada "*Alternativas a la prisión en salud mental: soluciones jurídicas para la inclusión social*".

Universidad Pontificia de Comillas. ICADE. 8 de Junio

Más información: fundacionmanantial.org

- Marco Jurídico de las Técnicas de Reproducción Asistida.

Barcelona 18 de mayo; Hospital Universitari Dexeus

Más información: sefertilidad.net

- Congreso Internacional Derecho, Salud y Dependencia: Perspectivas de Futuro. UNED.

21 y 22 de junio de 2017

Más información: fundacion.uned.es

- Resolución de 7 de abril de 2017, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de colaboración entre la Universidad Internacional Menéndez Pelayo y UCB Pharma, SA, para la organización de un programa de encuentros y jornadas sobre el entorno sanitario.

(BOE 95/2017 de 21 de Abril de 2017)

Más información: boe.es

- II Foro hispano-luso de la farmacia Medicamentos genéricos, apuesta compartida.

Madrid 23 de mayo

Más información: contenidos-files.com

PROTECCIÓN DE DATOS

- Nuevas obligaciones de protección de datos en las Administraciones Públicas.

Madrid, Jueves 18 Mayo 2017

Más información: www.socinfo.es

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y SANIDAD

- XXIV Jornadas Nacionales de Innovación y Salud en Andalucía

Málaga, 7,8 y 9 de junio

Más información: www.seis.es

PREMIOS

- Resolución de 29 de marzo de 2017, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, por la que se convoca el Premio de Periodismo «*Luis Portero de Promoción del donante de Órganos y Tejidos en Andalucía*» para trabajos producidos por medios de comunicación que fomenten la donación de órganos y tejidos, en su XX Edición.

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 64/2017, de 4 de abril de 2017

Más información: juntadeandalucia.es

-NOTICIAS-

- **Un fallo «grave» de seguridad desprotegió los historiales de los pacientes del Clínico**

La Agencia Española de Protección de Datos desvela ahora que el agujero informático existió entre octubre de 2011 y diciembre de 2014.

Fuente: ideal.es

- **La Justicia autoriza la muerte de un bebé contra la voluntad de sus padres**

Los hechos han ocurrido en Reino Unido y a un niño de 8 meses que sufre una rara enfermedad genética.

Fuente: www.redaccionmedica.com

- **En el 70% de las reclamaciones de pacientes por efectos adversos de terapias no se ofreció el consentimiento informado.**

Fuente: telecinco.es

- **Más de 50 juristas y profesionales sanitarios se unen a la Asociación de Derecho Sanitario de la CV en 2016.**

Fuente: lavanguardia.com

- **¿Quién decidirá por mí cuando yo no pueda hacerlo?**

Los españoles cuentan con figuras jurídicas ante la incapacidad que les permiten designar un tutor que vele por sus intereses.

Fuente: elpais.com

- **Derechos y deberes de los MIR: respetar la intimidad del paciente**

Los residentes disponen de un contrato laboral especial pero con obligaciones como cualquier trabajador, entre ellas, la dedicación exclusiva.

Fuente: diariomedico.com

- **La Fiscalía investiga filtraciones a una farmacéutica de datos de pacientes en Andalucía y Extremadura.**

Fuente: elconfidencialdigital.com

- Una clínica de Granada pide permiso para fecundar hijos de tres padres

Si se aprueba la solicitud, España sería el primer país europeo en aplicar la técnica.

Fuente: lavozdegalicia.es

- Los dermatólogos reclaman que se exija consentimiento informado para tatuarse. Advierten de los riesgos de no acudir a profesionales cualificados.

Fuente: lavozdegalicia.es

- El hospital Torrecárdenas confunde el historial de dos pacientes durante años a pesar de sus quejas.

Fuente: elmundo.es

- Extremadura implantará la pulsera de identificación inequívoca a todos los pacientes.

Fuente: responsabilidadsocio-sanitaria.com

- Zaragoza aborda la manera de incluir la voluntad del paciente en los tratamientos.

La tecnología está revolucionando el sector sanitario mediante el uso de soluciones de realidad virtual, inteligencia artificial y Big Data.

Fuente: elperiodicodearagon.com

- *“Podemos darle a la gente la opción de tener un hijo alto o dos hijos de tamaño mediano”*. El filósofo propone reducir la estatura de las personas para luchar contra el cambio climático.

Fuente: elpais.com

-BIOETICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

- **Dilemas éticos en la práctica de la medicina infantil.** Justo Ruiz López, Javier Navarro-Zaragoza, Francisco Carrillo Navarro, Aurelio Luna. Cuadernos de Bioética XXVIII 2017/1.

El artículo recoge los 40 dilemas éticos más relevantes relacionados con algún principio de solución. Entre ellos destacan algunos dilemas éticos relacionados con incapacidades, o con cuidados paliativos en medicina infantil, o el dilema del consentimiento informado en este rango de edad.

Dilemas en los cuidados paliativos infantiles: Analgesia en niños con enfermedades terminales y acortamiento de la vida b) Suspensión de medidas de soporte vital c) Niños con importantes deficiencias físicas y/o psíquicas (minusvalías), que sobrevivieron gracias a los avances en la medicina pediátrica d)

Dilemas relacionados con el consentimiento informado, y en particular el consentimiento informado en menores de edad. Los autores afirman que tras la reforma llevada a cabo por la Ley 26/2015, de 28 de julio, *“el paciente joven ya no decide, el consentimiento lo presta el representante legal del menor. Es decir, desaparece el concepto de menor maduro”*.

No comparto en absoluto dicha afirmación. La figura del “menor maduro” nunca ha estado reconocida como tal en art. 9 de la Ley 41/2002, ni antes ni después de la mencionada reforma, lo cual no ha sido óbice para que tanto la doctrina, como los tribunales de justicia y los órganos consultivos (Comités de Ética) la hayan reconocido y tomada en consideración. Lo que sí ha hecho la Ley 26/2015, de 28 de julio ha sido endurecer la regulación de la autonomía del menor, de modo que *“cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo”*.

En este sentido véase el siguiente artículo publicado en el blog de la UCLM:

http://blog.uclm.es/cesco/files/2015/09/La-inadecuada-limitaci%C3%B3n-a-la-autonom%C3%ADa-sanitaria-del-menor-introducida-por-la-Ley-26-2015_.pdf

Dilemas relacionados con la información al paciente: a) Información a niños con trastornos mentales; b) Sobre la cualidad de la información que se da al niño y a sus responsables.

Dilemas relacionados con la prevención: las vacunas.

Dilemas éticos en niños divorciados y maltrato infantil.

Más información: aebioetica.org

- **Documento sobre Bioética y Edición Genómica en Humanos.**

Observatorio de Bioética y Derecho. Universidad de Barcelona. Diciembre de 2016.

Se analizan las técnicas de edición genómica, en particular la conocida como CRISPR, y se formulan una serie de Recomendaciones en el marco del principio de prudencia. La aplicación de este tipo de técnicas requerirá llevar a cabo importantes modificaciones normativas nacionales y supranacionales, siendo de gran importancia evitar que las decisiones sobre estas técnicas queden en manos de los ámbitos del poder económico y financiero.

Más información: publicacions.ub.edu

- **La revolución de CRISPR-Cas9: una aproximación a la edición genómica desde la bioética y los derechos humanos.**
M^a Ángela Bernardo-Álvarez. Revista Iberoamericana de Bioética.

La autora del artículo describe los distintos dilemas que plantea el uso de esta tecnología, tanto desde el punto de vista ético como de los derechos de la propiedad intelectual. Cómo garantizar los derechos de propiedad intelectual al mismo tiempo que se promueve el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, teniendo en cuenta que tanto el Derecho nacional como el europeo reconocen la patentabilidad de la materia biológica.

Desde la perspectiva ética la aplicación del sistema CRISPR-Cas9 en embriones humanos plantea dos conflictos diferentes:

- a) Colisión entre el derecho a la libertad de investigación científica y la protección del derecho a la vida y a la integridad física y moral.
- b) Por otro lado, en relación al uso terapéutico de esta tecnología en embriones, podría plantearse una colisión entre diversos derechos, como gozar de los beneficios del progreso científico, y la protección del derecho fundamental a la vida y a la integridad física

El respeto a la dignidad humana se observa de nuevo en el artículo 13 del Convenio de Oviedo, al resaltar que únicamente podrá realizarse una intervención⁴³ para modificar el genoma humano *“por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y sólo cuando no tenga por finalidad la introducción de una modificación en el genoma de la descendencia.*

Más información: revistas.upcomillas.es

- ***“La libre opción individual y la salud. Paternalismo directivo irresponsabilidad pública ante el sufrimiento y la desigualdad”*** ILDEFONSO HERNANDEZ. Folia Humanística 2017.

Las actuaciones de salud pública basadas en la regulación reciben críticas por su paternalismo. Se sostiene que algunas normas coartan la libertad y que debería dejarse más margen de elección a los ciudadanos. Sin embargo, hay diversos argumentos que apoyan el uso de las leyes para proteger la salud de la población. Si se acepta que los humanos son inherentemente sociales e interdependientes, cabe aplicar los derechos humanos y la justicia social efectiva así como desarrollar la solidaridad social y el sentimiento de destino compartido.

Más información: fundacionletamendi.com

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

I.- Bibliografía

BIOÉTICA

- Bioética y nuevos derechos.

Jose Antonio Santos y Otros. Comares.

Más información: editorialcomares.com

- Derechos fundamentales y discapacidad .

MARTÍNEZ-PUJALTE, ANTONIO LUIS_
Ediciones Cinca - Librería Tirant Lo Blanch

Más información: casadellibro.com

II.- Formación

- Los días 17 a 19 de mayo l'EUREC, ANCEI, Sant Joan de Déu Research Foundation y el Institut Borja de Bioètica-URL coorganizan el Congreso Europeo sobre “El futuro de los Comités de Ética en Investigación en Europa: Crear camino hacia la innovación” que tendrá lugar en el Auditorio del Edificio Docente Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona).

Más información: congres2017barcelona.

- Los días 1 y 2 de junio de 2017, y organizado por el Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social y la Universidad Católica de Murcia, se va a celebrar en la Clínica Cemtro de Madrid el “II Congreso Internacional QualeVitaе sobre Calidad de Vida y Longevidad”, que congregará en nuestra ciudad a destacados expertos, profesores y especialistas que trabajan en conseguir que ese concepto de bienestar y felicidad, en definitiva “calidad de vida”, sea una realidad en la sociedad en general y en el individuo de forma particular.

Más información: qualevitaе.es

- Introducción a la bioética en la práctica multidisciplinar clínica.

15 de mayo de 2017.

Más información: www.e-oncologia.org

- **IV Jornadas de GT de Bioética.**

Los días 2 y 3 de junio de 2017 se celebran en Madrid las "IV Jornadas de GT de Bioética", en esta ocasión centradas en el tema "*Ética y Cuidados Paliativos*". Sede: Fundación Tejerina. C/ José Abascal, 40. (Madrid).

Más información: portalsemes.org

- **XXVIII Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería y Eécnicos en Emergencias Sanitarias.**

La XXVIII edición tendrá lugar en el Auditorio y Palacio de Congresos El Batel de Cartagena los días 31 de mayo y 1 y 2 de junio de 2017, y versará sobre "*Bioética*".

Más información: www.fundacionfae.org

- **IX Jornada de Comités de Ética para la Atención Sanitaria (CÉAS).**

Salón de Actos del Hospital Universitario de Cabueñes - Gijón. 19 de mayo de 2017

Más información: bioeticagijon.wordpress.com