



SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 157 MAYO 2018.

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.

SUMARIO:

-DERECHO SANITARIO-

1.-LEGISLACIÓN

I.-COMUNITARIA:	3
II.-ESTATAL:	3
III.-INICIATIVAS LEGISLATIVAS:	3
IV.-AUTONÓMICA:	
➤ Castilla-La Mancha	4
➤ Madrid.	4
➤ Extremadura.	4
➤ Aragón.	5
➤ Cataluña.	5
➤ Andalucía.	5
➤ Navarra.	5
➤ Comunidad Valenciana.	5
➤ Galicia.	6
➤ País Vasco.	6
➤ Islas Baleares.	6

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

- LA PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA: EL DERECHO A MORIR.	7
---	---

3.- SENTENCIA PARA DEBATE:

- LAS DECISIONES ORGANIZATIVAS ADOPTADAS POR LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA QUE AFECTEN A LAS CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL ESTATUTARIO, AUN CUANDO LA APLICACIÓN DE AQUELLAS REQUIERA DE SU ACEPTACIÓN POR EL TRABAJADOR, DEBEN SER OBJETO DE NEGOCIACIÓN.	12
--	----

4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS

I- RECURSOS HUMANOS.	16
II- CONTRATACIÓN PÚBLICA.	22
III- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.	27
IV- INTIMIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS.	27
V- PROFESIONES SANITARIAS.	29
VI- LABORAL.	29
VII- SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD LABORAL.	30
VIII- MEDICAMENTOS Y FARMACIA.	33
IX- REINTEGRO DE GASTOS.	35
X- PRESTACIONES SANITARIAS.	36
XI-. SISTEMA NACIONAL DE SALUD.	37

5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 40

-NOTICIAS-

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de Mayo de 2018 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética. 41

-BIOÉTICA y SANIDAD-

1.- CUESTIONES DE INTERÉS. 45

2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 47

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I- LEGISLACIÓN COMUNITARIA

- Reglamento (UE) 2018/781 de la Comisión, de 29 de mayo de 2018, por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 847/2000 en lo relativo a la definición del concepto de «medicamento similar»

[B.O.E. de 30 de mayo de 2018](#)

II- LEGISLACIÓN ESTATAL

- Real Decreto 257/2018, de 4 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

[B.O.E. de 05 de mayo de 2018](#)

- Resolución 420/38084/2018, de 23 de abril, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio con la Universidad de Alcalá, para la utilización, con fines docentes y de investigación, del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

[B.O.E. de 03 de mayo de 2018](#)

III- INICIATIVAS LEGISLATIVAS

- Proposición de Ley 122/000231 reguladora de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

[B.O.C.G. de 07 de mayo de 2018](#)

- Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, de 21 de mayo de 2018.

[B.O.C.G. de 21 de mayo de 2018](#)

IV- LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

Castilla-La Mancha.

- Decreto 24/2018, de 24 de abril, por el que se modifica el Decreto 83/2015, de 14 de julio, de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad.

[D.O.C.M. de 02 de mayo de 2018](#)

- Resolución de 14/05/2018, de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas, por la que se aprueba la Carta de Servicios del Servicio de Atención y Coordinación de Urgencias y Emergencias 1-1-2 de Castilla-La Mancha.

[D.O.C.M. de 25 de mayo de 2018](#)

Madrid.

- Acuerdo de encomienda de gestión de 27 de abril de 2018, entre el Servicio Madrileño de Salud y el Ente Público Hospital Universitario de Fuenlabrada para la coordinación, apoyo y normalización en la realización de proyectos de mejora de los sistemas de información sanitaria de la Consejería de Sanidad y su correcta integración en el Sistema Nacional de Salud.

[B.O.C.M. de 09 de mayo de 2018](#)

- Acuerdo de encomienda de gestión de 27 de abril de 2018, entre el Servicio Madrileño de Salud y el Ente Público Hospital Universitario de Fuenlabrada para la gestión de los fondos del programa para favorecer el uso racional de los medicamentos.

[B.O.C.M. de 18 de mayo de 2018](#)

Extremadura.

- Ley 5/2018, de 3 de mayo, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en la infancia y la adolescencia.

[B.O.E. de 25 de mayo de 2018](#)

Aragón.

- Ley 4/2018, de 19 de abril, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad Autónoma de Aragón.

[B.O.A. de 07 de mayo de 2018](#)

Cataluña.

- Acuerdo 2/2018, de 18 de abril, del Consejo de Administración del Instituto Catalán de la Salud, de modificación del Plan de ordenación de recursos humanos del Instituto Catalán de la Salud para el periodo 2016-2020.

[D.O.C.G. de 17 de mayo de 2018](#)

Andalucía.

- Ley 4/2018, de 8 de mayo, Andaluza del Voluntariado.

[B.O.J.A. de 14 de mayo de 2018](#)

- Orden de 14 de mayo de 2018, por la que se modifica la Orden de 13 de febrero de 2013, por la que se constituyen las áreas de gestión sanitaria Norte de Cádiz, Sur de Córdoba, Nordeste de Granada, Norte de Jaén y Sur de Sevilla.

[B.O.J.A. de 17 de mayo de 2018](#)

Comunidad Foral de Navarra.

- Ley Foral 5/2018, de 17 de mayo, de Transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

[B.O.N. de 23 de mayo de 2018](#)

Comunidad Valenciana.

- Ley 9/2018, de 24 de abril, de modificación de la Ley 11/2003, de 10 de abril, sobre el estatuto de las personas con discapacidad.

[B.O.E. de 14 de mayo de 2018](#)

- Decreto 50/2018, de 27 de abril, del Consell, por el que se regula la gestión documental, la organización y el funcionamiento de los archivos de la Generalitat.

[D.O.G.V. de 07 de mayo de 2018](#)

- Resolución de 23 de abril 2018. Convoca subvenciones destinadas a proyectos de promoción de la salud y acceso a servicios y programas de salud en poblaciones que viven en situación de especial vulnerabilidad.

[D.O.G.V. de 02 de mayo de 2018](#)

- Resolución de 23 de abril de 2018, de la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se aprueban las tarifas correspondientes a la prestación de servicios oftalmológicos por parte de Fisabio, en calidad de medio propio instrumental de la Administración de la Generalitat.

[D.O.G.V. de 02 de mayo de 2018](#)

Galicia.

- Orden de 11 de mayo de 2018 por la que se regula la realización de las vacunaciones en el sistema sanitario público de Galicia y se actualiza el calendario de vacunación de personas adultas del Programa gallego de vacunación.

[D.O.G. de 15 de mayo de 2018](#)

País Vasco.

- Decreto 66/2018, de 2 de mayo, de modificación del Decreto por el que se crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.

[B.O.P.V. de 09 de mayo de 2018](#)

- Orden de 20 de abril de 2018, del Consejero de Salud, por la que se determinan las zonas de salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

[B.O.P.V. de 11 de mayo de 2018](#)

Islas Baleares.

- Ley 3/2018, de 29 de mayo, del tercer sector de acción social.

[B.O.I.B. de 31 de mayo de 2018](#)

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

- LA PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA
GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA: EL DERECHO A MORIR.

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

La proposición de Ley Orgánica presentada por el grupo parlamentario socialista para la regulación de la eutanasia, constituye el primer paso para incorporar a nuestro Ordenamiento Jurídico el conocido como “derecho a morir”. No se trata, por tanto, de una regulación a nivel estatal de los derechos de las personas al final de la vida, con la finalidad de homogeneizar el marco legal existente en el SNS tras la promulgación por las distintas CCAA de leyes en este sentido. Como se recordará, dichas Leyes trataban de garantizar los derechos de estos enfermos pero siempre dentro del marco del vigente Código Penal, tal y como así analicé en los boletines nº 121/2015 (página 20) y nº 144/2017 (página 10). Facilitamos enlaces:

Texto completo: [boletín121febrero 2015](#)

Texto completo: [boletín144marzo 2017](#)

La proposición de L.O. socialista que ahora se presenta rompe con el modelo actual, despenaliza la eutanasia y reconoce el derecho a solicitar y recibir ayuda para morir. Se trata, por tanto, de un derecho que puede ejercerse tanto en la sanidad pública, como en la sanidad privada. A tal efecto, en su art. 16 establece que esta prestación quedará incluida en la cartera de servicios del SNS, y será objeto de financiación pública.

Los aspectos más destacables son:

- ✓ **Presupuestos habilitantes.**

Los presupuestos habilitantes para el ejercicio del derecho son dos: a) la enfermedad grave e incurable y b) la discapacidad grave crónica. El problema que seguramente se vaya a plantear si finalmente cristaliza esta Proposición de Ley, será determinar qué discapacidades y/o enfermedades serán susceptibles de quedar encuadradas dentro de alguno de los apartados anteriores.

- ✓ **Acción que se despenaliza:**

En todo caso la acción que se despenaliza es aquella consistente en administrar a la persona que lo haya solicitado una sustancia que, de forma directa, le ocasionará la muerte. Este sería sin duda el supuesto del fallecido Ramón Sampederro.

Igualmente queda exenta de reproche penal la acción de prescribir/facilitar la sustancia letal cuya administración vaya a efectuar el propio paciente por estar en unas condiciones físicas que así se lo permiten.

✓ Otros requisitos.

Por lo que respecta al resto de los requisitos, la Ley limita el ejercicio del derecho a las personas mayores de edad (en Holanda se permiten las prácticas eutanásicas en el caso de pacientes menores de edad); para garantizar que estamos ante una decisión firme, el paciente debe reiterar petición una vez transcurrido un plazo mínimo de 15 días naturales, que es el mismo plazo que a su vez debe mediar desde la fecha de la última solicitud y la fecha de la realización de la prestación.

No obstante lo anterior, el art. 9.7 permite que se pueda excepcionar el cumplimiento de este requisito temporal *“si el médico o la médico considera que la muerte de la persona o la pérdida de la capacidad para otorgar el consentimiento informado son inminentes”*.

Desde el punto de vista formal, la solicitud debe ir firmada por el paciente (o representante) y rubricada por un profesional sanitario, que no tiene por qué ser el médico responsable; es más, podría tratarse de personal de enfermería.

✓ Proceso deliberativo.

El médico/a responsable, caso de aceptar la solicitud, debe recabar la colaboración de otro facultativo/a ajeno que no pertenezca al mismo equipo/servicio, pero que sea competente en el ámbito de las patologías padecidas, que deberá emitir un informe en un plazo máximo de 10 días. Pero aún quedaría un último filtro, ya que el médico responsable tendrá que ponerlo en conocimiento de la Comisión de Evaluación y Control de ámbito autonómico, para que lleve a cabo un último control. La indicada Comisión tendrá que designar a un médico y a un jurista- ambos miembros de la Comisión- para que en un plazo máximo de 7 días emitan un informe para verificar si concurren o no los requisitos y condiciones establecidos por la Ley.

✓ ¿Qué sucede si se deniega el ejercicio de este derecho?

1.- Si es el médico/a responsable quien deniega de forma motivada la solicitud (salvo que la negativa venga motivada por el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia), remitirá a la referida Comisión en un plazo de 15 días, los dos documentos recogidos en el art. 13 de la Ley; en cuanto al paciente, éste podrá presentar ante dicho órgano una reclamación en un plazo máximo de 5 días hábiles.

2.- Si la decisión desfavorable la hubiese adoptado los dos miembros de la Comisión designados por su Presidente/a en el ejercicio del control previo del art. 15, el paciente podrá presentar una reclamación ante ese mismo órgano.

En ambos casos, si el dictamen final de la Comisión fuese favorable, la realización de la prestación tendrá que llevarse a cabo en un plazo máximo de siete días, y por un médico/a distinto perteneciente a ese mismo centro, si bien también deja abierta la opción a que la prestación se lleve a cabo por un *“equipo externo de profesionales sanitarios”*.

✓ **Derechos de los profesionales sanitarios: la objeción de conciencia.**

La Ley reconoce el derecho a la objeción de conciencia, como ya hiciera la vigente LO de interrupción voluntaria del embarazo. El reconocimiento de este derecho no queda circunscrito exclusivamente al personal médico- que como se ha visto tienen un protagonismo indiscutible en todo el proceso- sino que se hace extensivo a todos los profesionales sanitarios, por tanto enfermería incluida, siempre que *“esté directamente implicado en su realización”*.

En efecto, resulta llamativo la extensión de este derecho a otros colectivos, cuando en todo momento los únicos profesionales intervinientes son médicos, y la única mención a otros profesionales es la que se hace en el art. 9.5 en relación con la comunicación que debe efectuar al equipo médico el médico responsable, *“especialmente a los profesionales de enfermería”*.

La objeción de conciencia se debe manifestar de forma anticipada y por escrito, y a tal efecto se contempla la creación de un Registro. En este sentido véase la STC sobre registro de objetores de conciencia en Navarra.

Así es, la Sentencia del TC nº rec 825/2011, declaró la inconstitucionalidad parcial de la Ley Foral de Navarra 16/2010, de 8 de noviembre por la que se crea el registro de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo. El TC estimó parcialmente el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Grupo Parlamentario Popular contra la citada Ley autonómica por considerar:

1.- Falta de competencia de la Comunidad Foral de Navarra.

El TC consideró que la Comunidad Foral de Navarra sí tiene competencias para regular por medio de una Ley la forma en que debe ejercerse la objeción de conciencia a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, ya que el marco competencial aplicable es el art. 149.1.16 de la CE. Conforme a dicho precepto constitucional y la interpretación que del mismo ha realizado el TC, el Estado no puede, en el ejercicio de una competencia básica, agotar la regulación de la materia, sino que debe dejar un margen normativo propio a la Comunidad Autónoma.

Por otra parte la Comunidad de Navarra tiene competencias para planificar y organizar los servicios sanitarios, a cuya finalidad responde la creación del citado registro.

2.- Necesidad de Ley Orgánica para la regulación de este procedimiento por afectar al derecho a la objeción de conciencia.

La reserva de ley orgánica debe ser objeto de una interpretación restrictiva conforme a la cual sólo requiere ley orgánica la regulación de un derecho fundamental, o libertad pública, que desarrolle de manera directa la Constitución, y en elementos esenciales para la definición del derecho fundamental.

3.- Atenta contra el derecho a la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (art. 149.1.1. de la CE).

Conforme a la doctrina constitucional en relación con este precepto de nuestra Carta Magna, *“la regulación de esas condiciones básicas sí corresponde por entero y en exclusiva al Estado, pero con tal formación, como es evidente, no se determina ni se agota su entero régimen jurídico”*.

4.- Vulneración del art. 139.1 de la CE, que establece que todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio español.

Este precepto constitucional debe ser entendido para las Comunidades Autónomas como una limitación, aunque debe advertirse que ese principio no puede ser entendido en modo alguno como una rigurosa y monolítica uniformidad del ordenamiento de la que resulte que, en cualquier parte del territorio, se tengan los mismos derechos y obligaciones.

Así pues, la CA Foral de Navarra sí tiene competencias en este sentido, si bien resta por conocer si la regulación realizada es o no respetuosa con la legislación básica estatal:

1.- La LO 2/2010 no dispone expresamente la creación de este tipo de registros.

Es cierto que la LO no contempla expresamente este tipo de registros pero sí que exige que la declaración del objetor de conciencia se haga por antelación y por escrito, y el cumplimiento de este requisito debe quedar acreditado en algún tipo de documento.

Por otra parte, la creación del registro no está sometida a reserva de ley orgánica, no invade bases estatales en materia de sanidad, no afecta a las condiciones básicas que han de garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia.

2.- Se cuestiona la exigencia de una serie de obligaciones de carácter formal para el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, en concreto válida:

a) La utilización de un modelo como impreso que se debe cumplimentar por el profesional.

b) La necesidad de especificar para cuál o cuáles de los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo se objeta.

c) La exigencia de que la declaración se presente con una antelación de al menos siete días hábiles.

d) La facultad del Director para denegar la inscripción si el objetor ha incumplido los requisitos formales, ya que considera necesario que alguna autoridad administrativa compruebe que el objetor ejerce su derecho conforme al procedimiento legalmente previsto.

3.- Legitimación excesivamente amplia para acceder a la información contenida en el Registro.

Es aquí donde el TC considera que la Ley resulta inconstitucional al permitir que puedan acceder al contenido de este registro a aquellas personas *“que autorice expresamente la persona titular de la Gerencia del Servicio Navarro de Salud en el ejercicio legítimo de sus funciones”*.

Para el TC este precepto legal permite el acceso a este tipo de información en unos términos excesivamente amplios e indeterminados, lo que constituye un límite injustificado en el contenido constitucionalmente protegido del derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal.

✓ **Derechos de los enfermos:**

- **Derecho a la confidencialidad de la información.**

La Ley prevé una serie de medidas dirigidas a preservar la intimidad y confidencialidad de la información desde el punto de vista de la protección de datos de carácter personal y de la seguridad de la información (arts. 18 y 19).

Este mismo carácter confidencial se predica de la información a la que tienen derecho los familiares sobre la petición de ayuda para morir. El art. 9.4 que establece que solo si la persona solicitante lo desea, el médico responsable informará de la petición de ayuda para morir a los familiares o allegados del paciente.

Por último, el art. 22 impone a todos los miembros de la Comisión de Control y Evaluación, el deber de guardar secreto sobre el contenido de las deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales.

- **Derecho al respeto de las convicciones y creencias de la persona interesada (art. 11).**

Este derecho se traduce en la correlativa obligación de los profesionales implicados de *“abstenerse de imponer criterios de actuación basados en los suyos propios”*.

✓ **Prestación de la ayuda a morir.**

El art. 10 establece que la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad.

En el supuesto de autoadministración de la sustancia que provoque la muerte, el médico o médica, tras prescribir la sustancia, *“mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento”*.

✓ **Obligaciones de las CCAA.**

Según lo dispuesto en el art. 16.2, los servicios públicos de salud *“aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley”*.

Para el lector que desee conocer las diferencias existentes, en el marco normativo actual, entre el auxilio al suicidio, el suicidio asistido y otros comportamientos afines, recomendamos la lectura de este reciente artículo doctrinal publicado en “La Ley”:

Texto completo: <http://www.diariolaley.laley.es>

3.- SENTENCIA PARA DEBATE

- Las decisiones organizativas adoptadas por la Administración sanitaria que afecten a las condiciones de trabajo del personal estatutario, aun cuando la aplicación de aquellas requiera de su aceptación por el trabajador, deben ser objeto de negociación.

Por: Vicente Lomas Hernández.

Doctor en Derecho.

Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

La STS Sala 3ª, sec. 4ª, S 29-1-2018, nº 108/2018, rec. 1578/2017, analiza el artículo 80.4 del Estatuto Marco y el artículo 37.2 del EBEP en relación con el artículo 28.1 de la Constitución. Ambas normas prevén que se excluya de la obligatoriedad de negociación aquellas decisiones de la Administración pública o del servicio de salud que afecten a sus potestades de organización, ahora bien, si esas decisiones pueden repercutir en las condiciones de trabajo el Estatuto Marco ordena que *“procederá la consulta a las organizaciones sindicales presentes en la correspondiente mesa sectorial de negociación”*; por el contrario el EBEP prevé que *“procederá la negociación de dichas condiciones con las organizaciones sindicales a que se refiere este Estatuto”*.

El origen de esta controversia se encuentra en la STSJ de Madrid de 7 de julio de 2016 nº rec 493/2016. La Sentencia estimó el recurso interpuesto por la Administración sanitaria madrileña contra la sentencia de instancia que se había pronunciado a favor del recurso interpuesto por la Asociación de Médicos y Titulados Superiores contra la decisión del Sermas, consistente en aplicar el pacto de gestión entre la Gerencia de Gestión de los Hospitales del Sermas y los distintos Servicios para la mejora de la lista de espera quirúrgica.

El fondo del asunto consiste en determinar si resulta de aplicación al caso en concreto el art. 37.2.a) del EBEP, o bien el art. 80.4 del EM. Las diferencias entre ambos consisten básicamente en que según el EBEP, el ejercicio de estas potestades cuando tenga repercusión sobre las condiciones de trabajo de los funcionarios, requerirá la negociación de dichas condiciones, mientras que el EM establece que en tal supuesto únicamente procede la consulta a las organizaciones sindicales.

Según la Sala, tras analizar el ámbito subjetivo de aplicación de ambos textos legales, *“se desprende claramente que el estatuto marco, y por lo tanto el citado artículo 80.8, que regula expresamente la materia que nos ocupa, es de aplicación preferente al personal estatutario de los Servicios de Salud, y que en lo no previsto es de aplicación la normativa relativa a la función pública.*

La SJC_A nº 26 de Madrid de 7 de marzo nº 75/2016 se pronunció meses antes sobre la negociación colectiva del modelo de pacto de gestión para la apertura de quirófanos y realización de pruebas diagnósticas en turno de tarde y fines de semana” así como los posteriores pactos de gestión acordados a nivel de Gerencia en ejecución de la decisión adoptada por la DG de RRHH.

Nuestro Alto Tribunal no advierte que la especificidad del régimen jurídico del personal estatutario alcance al ejercicio de derechos colectivos, de forma que el artículo 78 del EM se remite a la Ley Orgánica 9/1987, y al regular las materias objeto de negociación lo hace en los términos de esa ley orgánica (artículo 80.2). La consecuencia es que su artículo 80.4 reproduce el artículo 34.2 de la Ley Orgánica 9/1987, en ese momento vigente.

Lo que ha sucedido después es que la citada LO ha sido derogada por el EBEP, mientras que el contenido del Estatuto Marco ha permanecido ajeno a este tipo de vicisitudes legislativas, sin que este desfase normativo pueda suponer dar al traste con el propósito de legislador en aquél momento de apostar claramente por la homologación del régimen del personal estatutario con el de la función pública en general.

“La consecuencia de lo expuesto es la voluntad del legislador de que en esta materia y ante el mismo supuesto de hecho, la regulación sea la misma, por lo que si la norma paralela o de referencia del Estatuto Marco - la Ley Orgánica 9/1987 - fue derogada y sustituida por el EBEP que amplía el ámbito de acción sindical, cabe deducir que ese paralelismo ahora ya con referencia al EBEP, norma que es también aplicable al personal estatutario (artículo 2.3 del EBEP)) excepto en unas materias ajenas a lo litigioso. Así el EBEP como norma posterior desplaza - deroga - al Estatuto Marco en un concreto aspecto en el que siempre ha habido identidad de regulación y que por el desfase expuesto entran en contradicción”.

Por todo lo anterior la doctrina fijada por el TS a este respecto es la siguiente:

1º Que cuando la Administración sanitaria ejerce sus potestades de organización, si sus decisiones pueden repercutir sobre las condiciones de trabajo del personal estatutario, éste a través de sus representantes puede ejercer el derecho a la negociación colectiva en los mismos términos que el resto de los empleados públicos, sin que se adviertan singularidades objetivas que justifiquen un trato diferente.

2º Que siendo preceptiva por razón de lo dicho la negociación colectiva en tales supuestos, no debe quedar excluida cuando los aspectos en que consista y que afecten a las condiciones de trabajo sean de adscripción voluntaria.

Trasladada dicha doctrina al caso de autos, los pactos de gestión impugnados se deduce - porque así lo explicita alguno de ellos - que obedecen a la idea de "gestión clínica" participativa. La Administración se limitó en la Mesa Sectorial a dar cuenta de un modelo de pacto, pero sin negociación/consulta alguna, entendiéndose por "consulta" recabar un parecer antes de adoptar una decisión.

Nada obsta a lo anterior el carácter voluntario de la adscripción a dichos pactos por parte de los profesionales sanitarios, pues hay que tener presente que *“lo que se llevó a la Mesa Sectorial fue un modelo de pacto de gestión elaborado por la Administración recurrida cuya legitimación pasiva no se ha discutido y sobre ese modelo se redactaron los distintos pactos, luego se está ante una iniciativa organizadora que procede de la Administración sanitaria a través del SERMAS”.*

A la vista de las consideraciones anteriores, se anulan los cuarenta y cuatro pactos de gestión cuya finalidad era mejorar las listas de espera quirúrgica y la práctica de pruebas diagnósticas, y que firmaron los gerentes de los hospitales dependientes del Servicio Madrileño de la Salud y los jefes de algunos de sus diferentes Servicios.

Unos meses antes, la **Sentencia del TSJ de Madrid núm. 352/2017 de 15 junio**, también se pronunció sobre el alcance de la potestad o facultad organizativa que le otorga el ordenamiento jurídico a la Administración sanitaria; en el ejercicio de dicha potestad, la Administración puede adecuar su estructura organizativa a los cambios estructurales y funcionales y aún sociales y económicos que se vayan produciendo, según cada momento de concreto ejercicio de la potestad, lo que viene a significar que al igual que en un momento determinado puede decidir la creación de uno o varios puestos de trabajo, operado un cambio de circunstancias o atendidas nuevas necesidades o la situación existente, o la conveniencia de una reestructuración, pueda posteriormente acordar su amortización, en consideración también a las circunstancias concurrentes.

En este caso en concreto, para la explotación de la obra pública Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda se procedió a otorgar, en el mes de Abril de 2005, y tras seguirse el procedimiento correspondiente, una concesión, siendo así que en los pliegos de adjudicación de la misma se especificaron, concretamente, los servicios no sanitarios que serían objeto de gestión por parte de la empresa que resultó adjudicataria, de tal suerte que, en concreto, se externalizaban los servicios de limpieza, seguridad, gestión y restauración, residuos urbanos y sanitarios, mantenimiento, conservación de viales y jardines, lavandería, gestión de archivos, documentación clínica, servicios administrativos, esterilización, desinfección y desratización, transporte interno, externo y gestión auxiliar, gestión de almacenes y distribución y gestión de personal administrativo, recepción, información y centralita telefónica. Posteriormente, y como consecuencia de dicha externalización, se amortizaron 476 plazas y puestos de trabajo del personal estatutario no sanitario de los Grupos C1, C2 y E del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda.

La resolución recurrida, tenía por objeto una reordenación del personal no sanitario fijo que se encuentre en situación de activo del Hospital Puerta de Hierro, que desempeña sus funciones en servicios no sanitarios que fueron objeto de externalización en su día

De esta naturaleza participaría la mencionada resolución del SERMAS, que tiene por objeto una reordenación del personal no sanitario fijo que se encuentre en situación de activo del Hospital Puerta de Hierro, que desempeña sus funciones en servicios no sanitarios que fueron objeto de externalización en su día, concediéndoles la opción que consideren conveniente de elegir hasta tres nuevos destinos en centros sanitarios adscritos al Servicio Madrileño de Salud.

Como afirma la sentencia, la misma constituye un acto marcadamente organizativo, es decir, un instrumento técnico a través del cual se pretenden superar determinados desajustes de funcionamiento. Se trataría de una Resolución típica del ejercicio de una potestad autoorganización de la Administración, no afectante a la esfera jurídica de los administrados en cuanto se encamina a la propia organización de la estructura administrativa, de ahí que el contenido de la resolución impugnada no puede nunca interpretarse en el sentido de que altere los derechos y obligaciones de los administrados, en este caso, de los sujetos que acceden a la Sanidad Pública. Tal norma de organización no puede ser entendida como disposición de carácter general, en cuanto, al corresponder a competencias de autorregulación administrativa, es reflejo de la potestad doméstica de autoorganización, y no alcanza el carácter de generalidad propia de las disposiciones de carácter general.

4.-DOCUMENTOS DE INTERÉS

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

I- RECURSOS HUMANOS:

- Valoración de los servicios prestados en una institución penitenciaria como trabajadora social para la atención a drogodependientes subvencionado por la Consejería de Salud.

STS de 13 de julio de 2016 nº 1750/2016.

La prestación de servicios correspondientes a las funciones de la categoría estatutaria de trabajador social objeto de proceso selectivo, se debe valorar como servicios prestados en la Administración si los mismos, aunque al servicio de una entidad privada de atención a drogodependientes, tuvieron lugar en el marco de un convenio de colaboración con la Consejería de Sanidad, y financiado por ésta última. En este sentido resulta indiferente que tales servicios no se hayan prestado bajo el régimen jurídico de personal estatutario y sí como personal laboral de la citada entidad.

Esta es la conclusión a la que llega nuestro Alto Tribunal que desestima el recurso interpuesto por una aspirante al proceso selectivo para el ingreso, mediante el sistema de ingreso libre, como personal estatutario en dicha categoría profesional en la que no consiguió plaza. Impugna la puntuación asignada a otra de las aspirantes que sí consiguió plaza porque entiende que no se le podían valorar los servicios antes señalados por los motivos indicados. En concreto, los servicios se prestaron en una institución penitenciaria como trabajadora social para la atención a drogodependientes, y subvencionado por la Consejería de Salud de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

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

- Nulidad del sistema de libre designación para el nombramiento del puesto de director de área de gestión clínica.

STS de 19 de mayo de 2016, nº rec 1214/2015.

La Sentencia desestima el recurso de casación interpuesto por el Servicio Gallego de Salud contra la STSJ de Galicia de 4 de febrero de 2015, que anula el artículo 10 del decreto 36/2014, de 20 de marzo por el que se regulan las Áreas de Gestión Clínica del Servicio Gallego de Salud. Dicho precepto reglamentario establece que el director del área de gestión clínica será nombrado por libre designación entre el personal de la propia área de gestión clínica.

La Sala confirma el pronunciamiento del Tribunal Superior de Justicia, por cuanto resulta imprescindible “*justificar expresamente los motivos por el que se opta por el sistema excepcional de libre designación frente al ordinario de concurso*”. En este caso no se ha acreditado la exigencia de esa especial responsabilidad, más allá de las funciones directivas que le atribuye la normativa reglamentaria, que justifiquen acudir al nombramiento excepcional de libre designación.

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

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

STS de 24 de mayo de 2016, nº 1168.

El Servicio Canario de Salud recurre en casación la STSJ de Canarias estimatoria de 5 de marzo de 2015, que se pronuncia sobre el recurso interpuesto contra la desestimación del recurso por el que se impugna el acuerdo, adoptado por el Tribunal Central, sobre el proceso selectivo en la categoría de farmacéutico de atención primaria. El objeto del recurso versa sobre la valoración que merecen los servicios prestados por la recurrente como farmacéutica para centros privados concertados con el servicio canario de salud.

La Sentencia estima el recurso interpuesto por la Administración sanitaria sobre la base del criterio fijado en la STS de 23 de febrero de 2015, de modo que no basta con haber desempeñado una actividad, sino que ésta, a efectos de su equiparación con los servicios prestados en el sector público, debe cumplir una serie de exigencias mínimas: proceso de selección en el centro privado precedido de convocatoria pública abierta a todos los titulares de la misma especialidad médica, y regido por las mismas pautas de exigencia en cuanto a la acreditación del mérito y la capacidad que se aplica en la selección del empleo público. En definitiva, no basta con tomar en consideración exclusivamente las características de la actividad sanitaria a la que estuvo referida la experiencia privada, hay que incluir igualmente los datos sobre el proceso de selección.

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

- **Legalidad del proceso de integración en el régimen jurídico estatutario del personal funcionario sanitario del hospital provincial.**

STSJ de Castilla-La Mancha de 30 de junio de 2016 nº 444.

Los recurrentes alegan que este proceso de integración no ha sido voluntario, sino forzoso, ya que de no instar la integración no hubieran podido desarrollar su carrera profesional y funcionarial.

La Sala considera que estamos ante un proceso de homogeneización de las relaciones de empleo del personal previsto en la disposición adicional quinta del Estatuto Marco, de modo que se respetó el derecho de los afectados por el Decreto de transferencia de optar por integrarse como personal estatutario del SESCAM, o bien en caso de no ejercitarse ese derecho, acogerse al régimen jurídico previsto en la Ley 4/2011, con respeto en todo caso a su derechos adquiridos.

Respecto a las condiciones de la integración, la sentencia establece que la integración lo es en la única categoría existente, que es la de facultativo especialista de área, de modo que carece de sentido hablar de integración como facultativo especialista de área-jefe de sección. No hay razón alguna para que deba subsistir la jefatura de sección de origen, de modo que la integración lo es en un concreto servicio hospitalario que la Administración receptora ya había previamente organizado y reestructurado.

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

- **Nulidad de cláusula de pacto de selección temporal por establecer procedimientos de selección no ajustados al art. 33 del Estatuto Marco.**

STSJ de Asturias de 27 de junio de 2016, nº de rec 151/16.

La Disposición Adicional primera del Pacto sobre contratación de personal temporal del Sespa, faculta la aplicación de procedimientos distintos a los establecidos en los artículos 16 y 17 del Pacto si están expresamente autorizados por la Dirección del Servicio de Salud para autorizar la prórroga de nombramientos de carácter eventual, amparándose en la potestad de autoorganización de la Administración Sanitaria.

El juzgador de instancia considera que no puede acudir a argumentos de máxima agilidad para nombrar al personal sustituto a fin de obviar la necesidad de que exista un procedimiento, con reglas previamente determinadas y que puedan ser conocidas por los posibles interesados. El criterio es compartido por la Sala, que afirma *“para la sección de dicho personal ha de coordinarse la necesaria agilidad en la misma con el respeto a los principios constitucionales de igualdad, mérito, capacidad, competencia y publicidad y es que se trata de un proceso que tiene la finalidad de establecer un procedimiento más flexible para poder atender a las diversas peculiaridades que justifican su nombramiento, sin que ello pueda suponer una quiebra de los principios básicos que presiden la selección de personal”*.

En el caso concreto del personal estatutario eventual no son de aplicación las formalidades que rigen para el nombramiento de los funcionarios de carrera, pero sí es necesario que exista un conocimiento público de la necesidad de provisión del puesto, sus características esenciales, y los requisitos exigidos para su provisión, de forma que haga posible la concurrencia que permita efectuar la selección de acuerdo con los principios de mérito y capacidad.

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

- **Provisión de plazas de Médico de Área por Médicos de Familia.**

STSJ Castilla y León núm. 1170/2016 de 21 julio.

Es objeto de impugnación la Orden SAN 315/2015 de 14 de abril por la que se convoca concurso de traslados para la provisión de plazas vacantes de personal estatutario en la categoría de licenciado especialista en medicina familiar y comunitaria de la Gerencia Regional de salud de la Gerencia Regional de salud.

La Sentencia apelada llega a la conclusión de que no existe específicamente una categoría de Médico de Área, sino que los puestos de trabajo ocupados por los funcionarios que realizan estos cometidos, pertenecen a la categoría de Médicos de Familia, en las que encuentran integrados los Médicos de Área. Se razona en dicha sentencia, frente al criterio de la Asociación actora - apelante en segunda instancia- que es posible proceder a la provisión de los puestos de trabajo que realizan los cometidos propios de estos de Médicos de Área, como se ha realizado por los actos recurridos, por los médicos de Familia.

El recurso de apelación se basa en la consideración de que la disposición transitoria exige un proceso selectivo específico en el que se valoren los méritos de quienes hubiesen desempeñado las funciones propias de los puestos de trabajo objeto de convocatoria.

La citada disposición transitoria es del siguiente tenor literal:

"Hasta que se convoquen los procesos selectivos ordinarios de acceso a las plazas de Médico y Enfermera de Área en Atención Primaria, estas plazas serán cubiertas, de acuerdo con las previsiones legales vigentes, mediante nombramientos de personal estatutario temporal de interinidad, atendiendo al baremo que oportunamente se negocie con las Organizaciones Sindicales y que, en todo caso, deberá respetar como mérito la prestación de servicios como personal de refuerzo".

La Sentencia desestima el recurso e interpreta que esta D.T. ha de entenderse que va dirigida a la regulación de una forma de provisión no definitiva, hasta tanto que se procede a las formas ordinarias de provisión, que han de ser las que resultan de los razonamientos precedentes, a lo que responde el concurso para provisión de puestos objeto de la convocatoria impugnada. Asimismo recuerda que los sistemas de provisión han de tener primacía frente a los sistemas selectivos. Los sistemas selectivos tienen carácter subsidiario respecto de los sistemas de provisión.

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

- Sanción disciplinaria a un médico por infracción de la legislación de incompatibilidades.

TSJ Galicia, sec. 1ª, S 28-9-2016, nº 544/2016, rec. 123/2016

Médico de la sanidad pública permaneció durante cinco años en situación de incompatibilidad, percibiendo el complemento de exclusividad, simultaneando su actividad pública con la privada en el Centro El Castro, sin haber obtenido previamente el preceptivo reconocimiento de compatibilidad, conducta que, en contra de lo que postula el recurrente, nunca podría hallar encaje legal en la infracción grave prevista en el artículo 72.3.h) de la repetida Ley, toda vez que este precepto solo resultaría aplicable si no concurriera el mantenimiento de aquella situación de incompatibilidad.

La conducta enjuiciada aparece tipificada en el artículo 72.2.l) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud), por incumplimiento de las normas sobre incompatibilidades.

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

- **Nombramientos estatutarios temporales fraudulentos: la construcción del nuevo hospital de Vigo, este dato no permite caracterizar como temporales las necesidades cubiertas.**

Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 2 de Vigo (Comunidad Autónoma de Galicia) Sentencia núm. 331/2016 de 19 septiembre.

La Sentencia declaró el carácter fraudulento de los nombramientos estatutarios temporales (nombramientos eventuales) de varias trabajadoras del Hospital de Vigo, y su condición de personal indefinido del Sergas, asimilado al personal interino, a efectos de cobertura del puesto de trabajo.

Las recurrentes sostienen que su contratación temporal se ha producido en fraude de ley, toda vez que no cubren necesidades temporales y excepcionales del Sergas, sino necesidades de carácter estructural en la EOXI de Vigo, por lo que nos encontramos ante un supuesto de desviación de poder, toda vez que puestos de trabajo que en principio deberían estar siendo cubiertos por personal fijo se están cubriendo con contratos de naturaleza temporal,

La Sala cita la Sentencia del TSJ de Castilla La Mancha nº 10092/2014, de 31 de marzo de 2014, nº recurso 371/2012 , que rechaza la excesiva importancia que el juzgado de instancia le dio al hecho de que no se hubiese reclamado por el trabajador contra unas contrataciones y nombramientos claramente ilegales, o irregulares. En atención a este criterio, el juzgador considera que la aceptación voluntaria por las actrices de esos sucesivos y encadenados nombramientos no constituye un obstáculo para proceder al análisis de la cuestión plantada.

Esta misma STSJ de Castilla La Mancha sirve, por tanto al juzgador, como apoyo para valorar la indefinición en la descripción de la causa del nombramiento eventual, pues en los sucesivos nombramientos realizados no se explicita de ninguna forma la existencia de una necesidad asistencial que pudiera calificarse de coyuntural, extraordinaria, ni siquiera temporal. No basta con la mención genérica al concepto omnicompreensivo “*necesidad asistencial*” que es predicable.

La Sentencia afirma que resulta incompatible con la predicada naturaleza temporal del servicio atendido con los nombramientos la propia duración global de éstos, que se han venido sucediendo de manera encadenada, sucesiva e ininterrumpida desde el año 2008 y 2009 (en algunos casos, 2011) hasta e laño 2016 sin que se haya desvirtuado la adscripción durante varios años a la misma unidad.

Respecto a la alegación realizada por la Administración según la cual el art. 9.3 del EM no impone a la Administración el deber de proceder a la creación de plazas estructurales transcurrido un plazo de 2 años, la sentencia afirma que *“El Sergas debió haber realizado ese estudio para valorar si procedía o no la creación de una plaza estructural. A falta de ese estudio, preceptivo para los casos de nombramientos para el mismo servicio para un período acumulado de 12 o más meses en un período de dos años, no puede aceptarse la invocación genérica de la potestad del Gerente para la valoración de las necesidades asistenciales y de personal, ya que la discrecionalidad del Gerente en el ejercicio de esa potestad de organización no significa apoderamiento libérrimo para cualquier actuación conforme a su sola voluntad.”*

En cuanto a la posible justificación de la decisión de la Administración de encadenar estos contratos en la construcción del nuevo hospital de Vigo, este dato no permite caracterizar como temporales las necesidades cubiertas, ya que en el momento en que se les expidió el primer nombramiento, en el año 2008, 2009 (o 2011 en algunos casos), pasaron a atender una necesidad, que en ese momento era estructural o permanente, y que se prolongó -por más de 6 años, a pesar de que el nuevo Hospital ya está en funcionamiento y se aprobó un Plan de Ordenación de Recursos Humanos en el año 2015.

- **Responsabilidad disciplinaria.**

STSJ de CLM de 17 de noviembre de 2017, Recurso Apelación núm. 344 de 2016

Se imputa una falta profesional por el hecho de que el MIR la llamó hasta dos veces (tres según otra de las versiones) y en la segunda reclamó expresamente su presencia. Según algunos de los testigos -actuando aquí prácticamente como peritos-, esta situación debía haber motivado la presencia física de la Dra. Ballesteros, de modo que otra cosa podría suponer una negligencia y una infracción disciplinaria.

Si un Médico MIR llama al Médico especialista de guardia localizada es decisión profesional de este último la de acudir en presencia física a examinar al paciente o aclarar las posibles dudas por teléfono; sin perjuicio de que, naturalmente, en dicha valoración el Médico especialista podría llegar a incurrir en negligencia si pretendiera solventar telefónicamente aquello que según la lex artis debería serlo presencialmente.

Por otra parte y según el protocolo cuando se llama a un especialista de guardia localizada y se niega a acudir al Hospital para valorar a un paciente, el Médico residente lo tiene que poner en conocimiento del Médico Adjunto, y éste en conocimiento del Jefe del Hospital, algo que no hizo pese a la supuesta gravedad de la situación clínica del paciente.

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

II- CONTRATACIÓN PÚBLICA.

- La oposición del representante de la Intervención no es motivo bastante como para destruir la presunción de legalidad.

Recursos nº 94 y 116/2018 C.A. de Illes Balears 6 y 9/2018. Resolución nº 209/2018 de 2 de marzo.

Recursos interpuestos por D. R. P. S. C., en representación de la mercantil MINDRAY MEDICAL ESPAÑA, S.L., contra los acuerdos de la mesa y del órgano de contratación de exclusión de su oferta económica decretados en el seno del procedimiento " Suministro, instalación y mantenimiento de ecógrafos con destino a varios centros de la Gerencia de Atención Primaria" expte. SSCC PA 134/17, convocado por la Dirección General del Servicio de Salud de las Illes Balears.

La licitadora no ha explicado satisfactoriamente el bajo nivel de los precios ofrecidos, esto es, no ha ofrecido justificación, al menos, de forma fundamentada de qué ahorros producen las circunstancias en las que funda su rebaja en la oferta, de tal suerte que permita concluir que sea factible la ejecución del contrato a un precio presuntamente desproporcionado.

El Tribunal procede al análisis de cada uno de los ítems en los que fundamenta su rebaja económica y cómo han sido rechazados primero por la mesa y posteriormente, por el propio órgano de contratación, sin que la oposición del representante de la Intervención sea motivo bastante como para destruir la presunción de legalidad y de acierto de las resoluciones impugnadas.

Texto completo: minhafp.gob.es

- Contrato de suministro de material para la realización de sesiones de diálisis: existencia de obligaciones que no guardan conexión con el objeto del contrato.

Recurso nº 1279/2017 C.A. Illes Balears 74/2017. Resolución nº 195/2018, de 2 de marzo de 2018.

Recurso interpuesto por BRAUN MEDICAL, S.A., contra el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares y el Pliego de Prescripciones Técnicas del procedimiento abierto para la "contratación centralizada del suministro de material fungible y cesión de equipos para la realización de sesiones de diálisis en los centros sanitarios dependientes del Servei de Salut de Les Illes Balears.

El PCAP, en cuanto a la definición del objeto del contrato, se establece que constituye el mismo el suministro para la adquisición de material fungible y cesión de equipos para realizar sesiones de hemodiálisis y plasmaféresis. La imposición de la cesión de equipos entraría dentro del concepto de suministro que se refleja en el Texto Refundido de la Ley de Contratos del sector Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2011, en su art. 9.1.

En este sentido el Tribunal entiende que el suministro de los kits para la realización de las sesiones de hemodiálisis y plasmaféresis no puede separarse razonablemente de la entrega de los monitores que se prevén y que, por lo tanto, a la hora de ofrecer el correspondiente precio, los licitadores deberán considerar el coste conjunto como un todo, y no aisladamente, por lo que la cesión de los monitores, y la contraprestación a percibir por éstos, debe entenderse integrada e inseparable de los propios kits con los que se van a emplear.

Tampoco entiende el Tribunal que exista inconveniente legal en la previsión contenida en el pliego respecto de la posibilidad de que los centros decidan seguir utilizando los monitores que fueran de su propiedad durante su vida útil.

En este sentido, señala que *“la obligación del adjudicatario se cumplirá con la puesta a disposición de los equipos que se hayan de suministrar, cuantificados en los términos recogidos en la tabla de sesiones y monitores por centro que aparece en el PPT, sin que pueda entenderse que queda condicionada la entrega, sino la recepción, por lo que no existe una auténtica condición suspensiva que afecte a prestación, sino que entra en la dinámica de un suministro ordinario que se proceda a petición del receptor del suministro como acontece en este caso, teniendo en cuenta además que el precio va referido a unidad de sesión.*

En conclusión, la previsión de que algún centro sanitario pueda renunciar o diferir la entrega de los monitores que ha de ceder el adjudicatario no está viciada de ilegalidad, pues éste ha de considerarse obligado a entrega de la totalidad de unidades previstas en el PPT y consecuentemente calcular su oferta en atención a que en todo caso está obligado a la puesta a disposición del total de unidades previstas”.

El recurrente también impugna una serie de prestaciones, que considera que no son propias del objeto del contrato, relativas a la formación continua de los profesionales. El apartado 2.E del Pliego de Prescripciones Técnicas establece lo siguiente:

“La empresa adjudicataria colaborará con la asistencia sanitaria otorgando donación o subvención para la realización de al menos un ensayo clínico o estudio observacional por Centro, en el que el factor de exposición investigado no sea un medicamento, sino la incidencia o prevalencia de una enfermedad relacionada con el objeto del contrato de conformidad con lo previsto en la legislación aplicable”.

Asimismo, en un párrafo posterior el mismo pliego señala que:

“La empresa adjudicataria con el fin de potenciar la investigación, colaborará con los profesionales asistenciales patrocinando la asistencia a eventos científicos o publicaciones científicas, previa valoración de la relación con el objeto del contrato y en el contexto de carácter científico-profesional. Para ello abonará al menos el equivalente al 1% de la previsión de gasto total anual (distribuido equitativamente por centro)”.

El Tribunal acepta los argumentos de la empresa recurrente; en cuanto a las obligaciones de gestión de residuos y reposición que se establecen en el PPT, señala el recurrente respecto de esta obligación que es totalmente ajena al objeto social de las empresas que pueden acceder a la licitación, y que su realización es imposible atendida la prohibición de subcontratación.

En este caso, en cambio, el Tribunal afirma que *“la gestión de los residuos derivados del uso de los elementos fungibles suministrados por el recurrente puede obviamente constituirse como una obligación autónoma, pero guarda una estrecha relación con el objeto del contrato lo cual abstractamente permitiría su inclusión en el pliego”*.

Texto completo: minhafp.gob.es

- La entrega de las muestras debe ajustarse a los requerimientos y condiciones fijadas en los pliegos.

Recurso nº 82/2018 C.A. Castilla-La Mancha 6/2018. Resolución nº 205/2018

Recuso contra "Acuerdo Marco para el suministro de Marcapasos, Desfibriladores, Electrodo y Holters", Expediente: 6102T017SUM00004-AM, del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

La recurrente ha aportado una sola muestra para dos lotes 26 y 27, con la referencia del artículo tachada; aporta dos muestras para tres lotes (29,31 y 36) con las referencias de los artículos tachadas; no aporta muestra para el lote 30; y aporta una muestra para tres lotes (32, 33 y 34), también con la referencia tachada.

Por tanto, en los lotes 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34 , 36, no aporta una muestra por cada lote, ni indica a qué lote pertenecen las muestras presentadas, ni identifica las muestras con referencia o serie.

El Tribunal aplica el criterio fijado respecto de la necesidad de que las muestras se presenten en las condiciones establecidas por el pliego ha sido reiterada por este Tribunal, así en nuestra Resolución 1166/2017, la 802/2017, o la 804/2016 so pena de exclusión del licitador.

Texto completo: minhafp.gob.es

- Suministro de hemoderivados a partir del fraccionamiento de plasma nacional adjudicado a la empresa Grifols.

**Resolución del TARC de la Junta de Andalucía. Sevilla, 22 de diciembre de 2017
Recurso 276/2017. Resolución 274/2017**

El objeto del contrato es el suministro de fabricación de un producto a partir de unos materiales entregados por la propia Administración Sanitarias. En concreto el objeto de esta licitación es el suministro de hemoderivados a partir del fraccionamiento de plasma nacional proveniente de los centros del Servicio Andaluz de Salud y para tal menester el único laboratorio autorizado según la AEMPS es GRIFOLS.

La recurrente admite que el INSTITUTO GRIFOLS, S.A. es la única empresa legalmente autorizada en España para realizar la actividad de fraccionamiento de plasma y también admite el dato previsto en los pliegos de que los hemoderivados que GRIFOLS vaya a suministrar a los centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud han de proceder del plasma que dicha Administración Sanitaria proporcione previamente a aquella empresa.

Lo que cuestiona en su escrito de recurso es que uno de los hemoderivados que ha de suministrar la empresa adjudicataria -Alfa 1 antitripsina- se comercializa por GRIFOLS y es un medicamento obtenido a través de plasma humano donado en Estados Unidos y fabricado por dicho laboratorio en este territorio.

Así pues, BEHRING esgrime que el suministro de Prolastina® -nombre de la marca comercial del medicamento Alfa 1 antitripsina comercializado por GRIFOLS- implica que esta empresa vendrá a proveer a los centros del Servicio Andaluz de Salud de un medicamento que no obtiene del plasma humano donado en España proveniente de donaciones no remuneradas, sino de plasma procedente de donaciones realizadas y pagadas en Estados Unidos. Para justificar tal alegato, se refiere a escritos de varios Servicios de Salud como el Servicio Murciano de Salud, y Osasunbidea donde se viene a señalar que GRIFOLS ha informado que se encuentra actualmente en proceso de sustitución de su Alfa-1-antitripsina comercializada bajo el nombre Trypsone® por su Alfa-1- antitripsina comercializada bajo el nombre Prolastina® y que mientras dure el citado proceso de sustitución, cabe la posibilidad de que no pueda suministrar como producto acabado el Trypsone®, si bien se compromete en dichas circunstancias a sustituir las unidades equivalentes de Trypsone® con Prolastina®, garantizando el mismo nivel de rendimiento y fabricado con plasma de GRIFOLS proveniente de los Estados Unidos.

Los apartados 10.1 y 10.8 del PCAP determinan que:

- 1º) El plasma a fraccionar pertenece en todo momento al Servicio Andaluz de Salud.
- 2º) El plasma será recogido por la empresa fraccionadora en las dependencias del citado Servicio de Salud.
- 3º) La empresa adjudicataria fraccionará el plasma recogido y procederá a su fraccionamiento sin poder mezclarlo con plasma procedente de otro país, ni siquiera de otra Comunidad Autónoma o Institución distinta al Servicio Andaluz de Salud (SAS).

No cabe presumir que el producto elaborado (Alfa 1 antitripsina) vaya a ser fabricado por GRIFOLS fraccionando plasma que no sea nacional que es para lo que tiene la habilitación exclusiva en España. Si así fuere, incurriría en un incumplimiento del contrato, pero, se insiste, no hay datos ni pruebas que permitan afirmar que esto vaya a ocurrir.

Por otra parte no ha quedado acreditado por la recurrente que el hemoderivado en discusión no pueda ser elaborado por aquella empresa mediante el fraccionamiento del plasma procedente del Servicio Andaluz de Salud.

Texto completo: juntadeandalucia.es

- **Contrato para la digitalización de historias clínicas destrucción confidencial de historias clínicas digitalizadas y radiografías.**

Resolución de 10 noviembre. TACRC. Recurso nº 983/2017 C. Valenciana 179/2017, Resolución nº 1037/2017.

Se impugna por parte de INDRA BPO SERVICIOS, S.L.U. la resolución del Consejo de Gobierno del Consorcio Hospital General Universitario Valencia, en virtud de la cual se adjudica el contrato de servicios de retirada, custodia, digitalización de historia clínicas, destrucción confidencial de historias clínicas digitalizadas y radiografías

El punto 4.2.2 del PPT señala que *«las imágenes digitalizadas serán en formato pdf y se eliminarán las imágenes en blanco o sin contenido, se indexaran de acuerdo con las características de cada tipo (ver siguientes puntos) y se integrarán de forma estructurada en PANGEA (visor de HCE), en el apartado indicado en su momento (HCD anterior)»*

En el presente supuesto considera la recurrente que no se le ha otorgado la máxima puntuación, a pesar de presentar una oferta con cualidades técnicas idénticas a la de la adjudicataria. Así, considera que la integración de las imágenes digitalizadas, según la oferta de la recurrente, se lleva a cabo a través de un programa llamado GESDOC, que ulteriormente las integra -como exige el Pliego- en otro programa denominado PANGEA. Entiende que la adjudicataria realiza la misma operación, si bien a través de otro programa denominado PAPIRO. Como pone de manifiesto el informe técnico, así como las alegaciones presentadas por la adjudicataria, y como resulta de la propia oferta presentada por la adjudicataria, la integración se lleva a cabo a través de PANGEA

Pues bien, las reglas previstas en el PPT son claras y precisas en orden al procedimiento de integración de las imágenes digitalizadas, de tal suerte que quien efectúa la integración en un paso es más eficiente que quien precisa ulteriores actuaciones. Por ello, se considera totalmente ajustada a los criterios de la razón y la buena lógica la valoración efectuada por el órgano de contratación.

Texto completo: minhafp.gob.es

III- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.

- Omisión de pie de recurso. Falta de información. Nombramiento eventual de carácter fraudulento.

STSJ de Galicia de 23 de marzo de 2016 nº 194/2016.

La recurrente había sido nombrada para sustituir a una enfermera que inició una incapacidad temporal, nombramiento que fue prorrogado en diversas ocasiones hasta el momento del cese. La trabajadora considera que el nombramiento era de sustitución, mientras que la Administración considera que la recurrente aceptó el tipo de nombramiento y las prórrogas, por lo que ha de soportar las condiciones de cese.

Sin embargo en el acto del nombramiento y en las sucesivas prórrogas, en el pie de recurso se omitió la indicación de recursos administrativos procedentes, de modo que al no haberse brindado este derecho a conocer en su extensión los actos de nombramiento y poder impugnarlos, no puede la Administración escudarse en la existencia de un supuesto nombramiento consentido y firme.

Por otra parte procede analizar realmente la naturaleza del nombramiento para levantar el velo del nomen iuris. Se comprueba la existencia real y acreditada de un nombramiento de sustitución por lo que no resulta aplicable el apartado 3 del art. 9 del EM.

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

IV- INTIMIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS.

- Grave infracción del principio de seguridad por un hospital público por no haber podido evitar el acceso indebido a la historia clínica de la paciente por un profesional sanitario ajeno a su proceso clínico.

Procedimiento Nº AP/00041/2017. RESOLUCIÓN: R/02795/2017, de 20 de octubre.

La denunciante es usuaria del sistema público de salud del Principado de Asturias y que tuvo conocimiento de los accesos reiterados por parte de una profesional que no tiene encomendada su asistencia sanitaria. La denunciante ha aportado con su denuncia, certificado de 7 de julio de 2016, del Servicio de Salud del Principado de Asturias de la relación de accesos realizados a su historia clínica desde el 26 de junio de 2014 hasta el 7 de julio de 2016, donde se observa que 10 accesos fueron realizados por la que no es titular de su atención sanitaria. En junio de 2017 solicitó que se actuase a la unidad de atención al paciente, sin que hayamos recibido ninguna información al respecto

La AEPD constata la realidad de los hechos alegados, y asimismo pone de manifiesto que el “Registro de accesos” no ha permitido detectar el problema de la cantidad de accesos injustificados a la historia clínica de la denunciante y así poder corregir la anomalía.

Como afirma la AEPD Se confirma así la existencia de accesos injustificados a la historia clínica de la denunciante sin que la entidad responsable del fichero haya detectado esos accesos injustificados y haya adoptado alguna medida para corregir el problema.

Todo ello lleva a considerar que por parte de la entidad denunciada se carece de un efectivo control de los accesos a la información recogida en el fichero de historias clínicas de sus pacientes, para el cumplimiento del principio de seguridad de los datos, consagrado en el artículo 9 de la LOPD. Un sistema que permita, no solo conocer los registros de todos los accesos que se realizan a cada una de las historias clínicas de sus pacientes, sino también que permita, por medio de la revisión periódica de esa información, la detección de problemas tales como los accesos injustificados. Con ello se garantizaría la seguridad de los datos de carácter personal y se evitaría su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, en definitiva, unas medidas de seguridad adecuadas que garanticen el derecho fundamental a la protección de datos personales.

Por todo lo expuesto, se concluye que, en el presente caso si bien se dispone de un registro de accesos a las historias clínicas, este no se ha utilizado para detectar y depurar los accesos injustificados

Por todo ello la AEPD declara que por parte del HUCA, dependiente del Servicio de Salud del Principado de Asturias, se ha producido una vulneración del principio de seguridad de los datos, que ha tenido como consecuencia que los datos personales de una paciente pertenecientes a su historia clínica, fueran objeto de acceso por parte de un profesional que carece de justificación clínico asistencial, infracción que procede calificar como grave.

Texto completo: agpd.es

- **Cumplimentación de los justificantes para el trabajo por ausencia motivada por el ingreso hospitalario de un familiar.**

Resolución de 11 octubre de 2017. RESOLUCIÓN: R/02750/2017 AEPD.

La denunciante tenía que aportar un justificante para su trabajo, del ingreso hospitalario de un familiar que ingresó en el Hospital Virgen Macarena durante el período 12 a 14/02/2016.

2) El Hospital expidió a la denunciante un justificante en el que figuran precumplimentados algunos apartados y otros escritos a mano. El justificante de 18/03/2016 contiene como diagnóstico de la asegurada “parto” y su nombre y apellidos. Aportó por comparación la denunciante otro que se le entregó en el pasado, el 6/03/2013, en el que solo figuraba “ Urgencias ”.

La finalidad del documento “*certificado* ” o “*justificante* ” de hospitalización, es la de ser aportado ante el empresario para acreditar el derecho que un trabajador ostenta a un permiso por causa de enfermedad de un familiar. Los datos proceden o se extraen del historial clínico, y su base legal se recoge en el ámbito laboral, en el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24/03, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

En la medida en que los justificantes a que se refiere la denuncia, tienen como finalidad acreditar la circunstancia de salud recogida en los artículos 37.3.b) del Estatuto de los Trabajadores, los datos a contener vendrán referidos únicamente a dicha circunstancia, esto es el de mera existencia de enfermedad o accidente grave, o, en su caso, hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización que precise reposo domiciliario, sin que deba aportarse información sobre el concreto problema de salud que se haya atendido.

En casos en que fueran los propios médicos los que emitieran justificante de asistencia a su servicio, en los casos en que se incluyeran su sello en el que aparece su nombre, apellidos y especialidad médica, se debe tener en cuenta que el hecho a justificar es el de la mera asistencia a consulta médica, y sería conveniente adaptar, en la medida de lo posible, el procedimiento de emisión de justificantes a la mera acreditación de dicha circunstancia sin especificar cuál es dicha especialidad.

- **Los incidentes de alto impacto del sector público deberán ser notificados obligatoriamente al Centro Criptológico Nacional.**

La Instrucción señala que una vez detectado un incidente se utilizará la Guía CCN-STIC 817 para clasificarlo y, en el caso de aquellos con un impacto Alto, Muy Alto o Crítico deberán notificarse a la Capacidad de Respuesta a Incidentes del Centro Criptológico Nacional (CCN-CERT). Asimismo, se recopilarán evidencias del incidente, que serán documentadas y custodiadas de forma que se pueda determinar el modo de obtención, se garantice la cadena de custodia, y se respete el ordenamiento jurídico que resulte de aplicación.

Texto completo: www.ccn-cert.cni.es

V- PROFESIONES SANITARIAS.

- **Implicación del personal de enfermería en el cumplimiento de los objetivos fijados por la dirección del centro para los procesos de altas médicas.**

Sentencia núm. 43/2017 de 28 noviembre, TSJ de Cataluña (social).

El fondo de la asunto se proyecta sobre los objetivos fijados por la dirección del centro, cuya consecución se supedita al percibo de la parte variable de las retribuciones, y que afectan a las altas médicas y urgencias contratadas.

La parte recurrente (SATSE) alega que tales objetivos no pueden en ningún caso ser aceptados y realizados por los profesionales de enfermería, habida cuenta que no es de su competencia la realización de altas médicas de ningún tipo, pues es una competencia exclusiva de los profesionales médicos. Se aduce que las tareas, aunque complementarias, son totalmente diferentes, no solo por las distintas categorías profesionales sino también por el ámbito sanitario en el que se está trabajando; y, se añade, el hecho de que el objetivo común de las diversas categorías profesionales sea el paciente no justifica en ningún caso su implantación. El personal de enfermería interviene en el proceso de curación del paciente, proceso que culmina con la expedición por el facultativo del alta médica correspondiente.

La Sala, a partir de las funciones que tradicionalmente tiene encomendadas la enfermería en el ámbito de la sanidad pública (Estatuto Jurídico del Personal Sanitario no Facultativo), y de las previsiones recogidas en la LOPS, concluye afirmando que la consecución de las altas médicas contratadas constituye un objetivo grupal, en el que todo el personal sanitario debe estar implicado.

“El personal de enfermería interviene de forma directa y relevante en el tratamiento de los pacientes. Los cuidados de enfermería se orientan al mantenimiento y recuperación de la salud. El personal de enfermería, como el médico al que auxilia, coopera decisivamente en el proceso de curación del paciente que culmina con la emisión del alta médica, por lo que desde el punto de vista material, esto es, el de la prestación sanitaria, no es sostenible que no intervengan en el proceso de expedición del alta médica”.

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

VI- LABORAL.

- Es accidente laboral la caída sufrida por una trabajadora de Osakidetza al salir del centro de salud para tomar café.

Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, Sala de lo Social, Sentencia 1851/2016 de 27 Sep. 2016, Proc. 1613/2016.

La caída sufrida por una trabajadora del Osakidetza al salir del centro de salud tomar un café, merece la consideración de accidente laboral al haberse producido *“con ocasión del trabajo”*. La caída se produce en Durango y cerca del centro donde presta su actividad profesional para Osakidetza, ya fuera del mismo y cuando la demandante sale por un muy breve periodo de tiempo (quince minutos) para disfrutar de un tiempo de descanso en las inmediaciones del centro, tiempo de descanso que prevén las normativa europea y que la propia regulación de su actividad profesional equipara expresamente al tiempo efectivo de trabajo.

Según la sentencia, *“la realidad evidencia que es ordinario o habitual este tipo de breve salida en jornadas que superan las seis horas de trabajo continuado para disfrutar de este tipo de descansos. Por ello, no cabe considerar que estemos ante una salida desvinculada con el trabajo que hasta instantes antes se ha realizado, sino que, por el contrario, entendemos concurrentes tanto el elemento negativo como el positivo mencionados como para poder afirmar que el evento lesivo se produjo con ocasión del trabajo, siendo el mismo concausa, más o menos próxima y en todo caso coadyuvante de la patología generatriz del proceso de incapacidad temporal que tratamos. Abundando en lo anterior, recordar que la jurisprudencia explica que se ha de considerar no sólo el trabajo en sentido estricto, sino también las actividades normales de la vida del trabajo”*.

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

- **Estudio: Indemnización y plazo de preaviso por desistimiento de contratos de alta dirección en la sanidad pública anteriores a la Ley 3/2012 sin que la Administración haya adaptado su contenido.**

La STSJ de Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, nº rec 889/2016, de 29 de septiembre, se pronuncia sobre la extinción por desistimiento de contrato laboral de alta de dirección, y estima parcialmente el recurso de suplicación interpuesto por el recurrente contra la sentencia de instancia favorable a la Administración. Respecto al cálculo del importe de la indemnización, se plantean dos cuestiones:

1º. Cómputo de la antigüedad.

El recurrente solicita que dicho cómputo se efectúe desde la fecha en la que se formalizó el primero de los contratos de alta dirección -1993 como subdirector- y no a partir de la fecha del segundo contrato -1995 como director de gestión. -

El motivo es estimado ya que con independencia que las funciones fueran distintas (subdirector y director), lo cierto es que en ambos casos estamos ante una prestación de servicios realizados bajo una misma modalidad contractual -relación laboral especial de alta dirección- que además se lleva a cabo de manera ininterrumpida, lo que pone de manifiesto la existencia de una unidad esencial del vínculo laboral. Este criterio resulta jurídicamente discutible, y así el TSJ de Madrid señala que para estos casos “solo cabe computar el tiempo de prestación de servicios del contrato que se extingue por esa causa o motivo, y no los correspondientes a contratos anteriores, al ser estos distintos, por cuanto fueron suscritos para desempeñar otros puestos”(STSJ Madrid Sala de lo Social, sec. 6ª, S 2-3-2015, nº 158/2015, rec. 976/2014)

2º.- Importe de la indemnización.

El plazo de preaviso fijado en el contrato era de 3 meses, sin que el contenido de dicho contrato se hubiese adaptado a las previsiones recogidas en la Ley 3/2012, en el plazo de dos meses fijado por la citada norma. La Administración cumplió con el trámite de preaviso respetando el plazo de 15 días fijado por la nueva regulación, lo que constituye un incumplimiento de lo dispuesto en el contrato, y por tanto la Administración debe indemnizar al recurrente con una cuantía equivalente a la retribución correspondiente al período de preaviso incumplido.

Por tanto, el incumplimiento (del deber de adaptación) no puede comportar el mantenimiento de las condiciones anteriores que regulaban el contrato laboral, o al menos no aquéllas que resulten contrarias a lo previsto en la Disposición Adicional Octava de la Ley de conformidad con lo dispuesto en el punto dos del apartado cuatro. En el caso concreto de las indemnizaciones por extinción, hay que señalar además que el apartado cinco se muestra muy explícito al señalar en su párrafo segundo que “las indemnizaciones por extinción del contrato, cualquiera que fuera la fecha de su celebración se regirán por esta disposición una vez que entre en vigor”. Este mismo criterio es el que se recoge en la posterior STSJ de Madrid anteriormente citada, al afirmar que:

“no puede acogerse la censura normativa que aduce la recurrente, ya que, y con independencia de la observancia o no del plazo de dos meses para la adaptación de los contratos celebrados con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 3/2012 , a que se refiere la DA 8^a de la Ley , la previsión que a continuación se contiene sobre las indemnizaciones a percibir por la extinción del contrato, y que abarca también el preaviso , es de aplicación desde la entrada en vigor de la Ley , cualquiera que fuese la fecha de celebración del contrato, y por ello al margen de esa adaptación normativa, con lo cual la indemnización que corresponde percibir a la demandante por dicho concepto es solo de 15 días, tal como así ya se ha resuelto en la instancia.

En este caso la parte recurrente solicitaba que al tratarse de un contrato de alta dirección que no se había adaptado a las previsiones de la Ley 3/2012 en el plazo de dos meses - apartado 5 de la DA 8^a -, el preaviso a abonar fuese de 3 meses, en lugar de los 15 días aplicados en la instancia.

Interpuesto recurso de casación para la unificación de doctrina contra la sentencia dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha de fecha 29 de septiembre de 2016, el TS acuerda su inadmisión mediante Auto de 19/12/2017, Sala de lo Social, Recurso Num.: 637/2017.

Según la Sala no puede apreciarse la existencia de contradicción entre las resoluciones comparadas, teniendo en cuenta que no existe identidad en los debates planteados y resueltos en ambas sentencias, ya que en la sentencia recurrida lo que la Sala resuelve es si debe primar la previsión de preaviso por desistimiento de contrato de alta dirección de 3 meses prevista en el contrato de trabajo, frente a la de 15 días prevista en la DA 8^a Ley 3/2012, de 6 de julio; por el contrario, en la sentencia de contraste lo que la Sala resuelve es si debe fijarse un plazo de preaviso por desistimiento de contrato de 15 días, conforme a lo dispuesto en el RD Ley 3/2012 y DA 8^a Ley 3/2012, frente a la de 3 meses prevista en el RD 1392/1985.

Pocos meses después, y sobre este mismo asunto objeto de estudio, la STSJ de Andalucía de 28 de enero de 2018, Sala de lo Social nº 288/18, desestima el recurso interpuesto por una ex directiva del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), que denunciaba la infracción del apartado 5 de la disposición adicional octava del RD-Ley 3/2012 con el argumento de que la Administración no había procedido a adaptar el contrato a las nuevas condiciones fijadas legalmente, y por tanto, el importe de la indemnización debe ser el previsto en el art. 11 del RD 1382/1985.

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

VII- SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD LABORAL.

- Guía de Ayuda para la Valoración de las Enfermedades Profesionales.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social ha editado esta Guía dirigida fundamentalmente a los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria en el Servicio Público de Salud, a los médicos del trabajo y técnicos de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, a los médicos de mutuas, inspectores médicos, Equipos de Valoración de Incapacidades, así como a todos aquellos profesionales que deben sospechar, declarar o valorar desde distintas ópticas las enfermedades profesionales.

Texto completo: seg-social.es

- Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

INSSBT publica la base de datos INFOMEPE sobre dichos medicamentos en la que constan como entradas posibles: nombre del medicamento, código nacional, principio activo, grupo terapéutico y su descripción, laboratorio fabricante, motivo de peligrosidad, referencia según la lista del NIOSH, y recomendaciones para la preparación y administración. Por cualquiera de estas entradas se puede acceder a esta última información para cada uno de los más de 2.400 medicamentos/especialidades relacionadas. Igual que en el documento técnico, para la preparación de esta base de datos se ha partido de la información que periódicamente publica el NIOSH, complementada con la información disponible sobre los medicamentos usados en nuestro país, información que va a ser permanentemente actualizada con la colaboración de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Texto completo: www.insht.es

VIII- MEDICAMENTOS Y FARMACIA.

- Asunción por el Servicio de Salud del gasto derivado de la dispensación por los servicios de farmacia hospitalaria de medicamentos de uso hospitalario a mutualistas de MUFACE no ingresados en el hospital público.

TSJ Aragón Sala de lo Contencioso-Administrativo, sec. 1ª, S 5-7-2017, nº 276/2017, rec. 69/2016

La Administración sanitaria apelante considera que no procede asumir el gasto de los medicamentos de uso hospitalario dispensados a un paciente mutualista de MUFACE por tratarse de una prestación que no está incluida en el concierto. Según la Administración, el SACYL tan solo debería asumir este gasto en casos en que este tipo de medicamentos se dispense en régimen de internamiento y por facultativos de la Seguridad Social.

La Sentencia asume el criterio recogido, entre otras, en las SSTSJ de Galicia de 20 de septiembre de 2012, y de Valencia de 11 de noviembre de 2014, según las cuales las dispensaciones de medicamentos de uso hospitalario para tratamiento médico ambulatorio tienen un componente, el hospitalario, que es el predominante y que, por ello, las asimila a las dispensaciones hospitalarias que con, arreglo a la expresa previsión de la cláusula 10a -del Concierto con el ISFAS, de similar contenido a la cláusula octava, de MUFACE-, deben cubrirse por el sistema general de salud.

La Administración introduce en el recurso de apelación la relevancia que para la cuestión tiene la modificación del art. 94 bis de la Ley 26/2009 de 26 de julio de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios que dice: Se entiende por prestación ambulatoria la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria a través de oficina o servicio de farmacia.

Según la Sala, dicha modificación se introdujo tan solo para distinguir las diferentes aportaciones de los usuarios en relación a la dispensación de medicamentos, bien por receta médica, o bien por orden hospitalaria. Por tanto lo relevante aquí es el concepto de internamiento hospitalario al que se refiere la cláusula 8ª, cuya interpretación debe ser la misma que se efectuaba con anterioridad

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

- **Instauración de tratamientos farmacológicos, en monoterapia y en terapia combinada, con hormona de crecimiento (GH) y melatonina: dispensación, directamente a sus pacientes sin contar con autorización para ello.**

Sentencia del TSJ de Galicia núm. 95/2017 de 22 febrero

Foltra, titular del centro sanitario del mismo nombre, entre diciembre de 2010 y abril de 2011, adquirió GH de la farmacia de la clínica Ruber, que es enviada directamente a Foltra (por mensajería urgente o recogida personal en la clínica), destinada a los pacientes que estaban realizando terapias y tratamiento con GH en Foltra, y que son financiados por dicha entidad (200 aproximadamente en el año 2011), y que entre febrero y diciembre de 2011 adquirió melatonina de la farmacia Tallón de Granada, que era enviada a la asociación por el mismo procedimiento anterior, y que en el centro sanitario se hacía entrega a los pacientes de la medicación adquirida por la asociación y prescrita por profesionales del centro.

En consecuencia, Foltra hacía dispensación de medicamentos de GH (que es de uso hospitalario y sometido a restricciones especiales) y melatonina, directamente a sus pacientes sin contar con autorización para ello. Por tal motivo incurrió en la comisión de la infracción tipificada en el artículo 101.2.b.2ª de la entonces vigente Ley 29/2006, que consideraba como infracción grave elaborar, fabricar, importar, exportar, dispensar o distribuir medicamentos por personas físicas o jurídicas que no cuenten con la preceptiva autorización, de modo que en ese precepto no se castiga solamente la dispensación, sino también la distribución.

Respecto al hecho de que la medicación era objeto de dispensación no por el centro sanitario sino por los servicios de farmacia de la clínica Ruber así como por una oficina de farmacia de Granada, la Sala señala que *“Siendo como era Foltra quien prescribía y suministraba a los pacientes que se hallaban en el centro GH y melatonina, sería contrario a toda lógica escapar de la tipificación, como se hace en el informe jurídico acompañado a la demanda, por la vía de entender que la dispensación se produjo únicamente en la oficina de farmacia de Granada y servicio farmacéutico de la clínica Ruber de Madrid, porque dispensar se identifica con suministrar y nada se dice del suministro y distribución que Foltra lleva a cabo”*.

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

IX- REINTEGRO DE GASTOS.

- **Reintegros de gastos por Terapia de Activación Medular.**

Sentencia núm. 475/2016 de 15 diciembre, Juzgado de lo Social nº 17 de Valencia.

Empleado de la empresa Terra Mítica desde el año 2007, con contratos de obra y servicio y fijos-discontinuos, con categoría profesional de Actor -Especialista. El 20 de julio del 2013 sufrió un accidente de trabajo, que le causó graves lesiones, mientras efectuaba los ejercicios de calentamiento-estiramiento habituales antes de la actuación de acrobacia, contorsionismo y equilibrios en la que tomaba parte. Tras el mismo fue trasladado al hospital IMED levante de Benidorm por remisión de la MUTUA.

La pretensión se dirige a que se declare el derecho del actor a recibir el tratamiento de la Terapia de Activación Medular, condenando a la Mutua al pago de los gastos médicos que comporta el mismo, que ascienden a 58.877 euros.

Se trata de un tratamiento rehabilitador, que quedaría encuadrado dentro de los servicios determinados en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. El artículo 8 de la citada disposición reglamentaria, rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, establece que comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con déficit funcional, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, incluyendo las afecciones del sistema musculoesquelético, sistema nervioso, sistema cardiovascular y del sistema respiratorio.

El tratamiento que se solicita tiene como objetivo prioritario mejorar la calidad de vida con mejoras funcionales, sin procedimiento quirúrgico para conseguir su rehabilitación, desde un enfoque integral, con estimulación de músculos y articulaciones paralizados y de regiones corporales que no se encuentran discapacitadas, trabajando sobre la totalidad del organismo, con técnicas no invasivas para activar la plasticidad y el reaprendizaje intrínsecos del sistema nervioso. Por todo ello procede efectuar el reembolso solicitado.

Los gastos que debe reembolsar el Servicio de Salud a la Mutua de AT/EP se deben ajustar a los importes establecidos para los precios públicos por la prestación de asistencia sanitaria.

- Los importes facturados por las Mutuas a la sanidad pública deben ajustarse a los precios públicos fijados por la Administración sanitaria.

Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sevilla (Sala de lo Social, Sección 1ª)
Sentencia núm. 470/2018 de 8 febrero.

Se impugnan por excesivos los gastos facturados por la Mutua de AT/EP al SAS en concepto de asistencia sanitaria prestada a trabajador por contingencia común. En casos de reintegro como el presente, el Servicio Andaluz de Salud únicamente podría ser responsable en todo caso, en los términos y con el alcance y extensión de la cartera de prestaciones comunes del Sistema nacional de Salud, de conformidad con lo que dispone el Art. 6.3 del RD 1430/2009, en la redacción dada por la Disposición Final tercera del RD 625/2014 de 18 de julio, y no calculados de forma unilateral por la Mutua y sin prueba de los concretos gastos que ha determinado el servicio.

La Orden de 14-10-2005 por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por Centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía, no incluye a las Mutuas. Sin embargo una aplicación integradora de las normas anteriormente citadas, y de la jurisprudencia, -que pasan por entender que las Mutua forman parte del Sistema Nacional de Salud-, hace razonable concluir que, la aplicación de los precios por la prestación de asistencia sanitaria deba asemejarse, al menos en principio, a los fijados para el resto de las entidades sanitarias de tal Sistema, y ello porque además, entender lo contrario supondría, sin una expresa aceptación previa de tales precios, dejar al arbitrio de una parte las condiciones y el cumplimiento de su relación contractual con una unilateral aplicación de las tarifas que libremente considere

Todo ello, claro está, a menos que se justifique que el apartamiento de los precios públicos fijados, no carece de base fáctico-jurídica, esto es, cuando en definitiva se acredite la realización de pruebas o la utilización de medios que efectivamente respalden una valoración superior de la asistencia.

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

X- PRESTACIONES SANITARIAS.

- Reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a favor de pensionista italiana residente en España sin seguro privado de salud.

STSJ de Galicia de 15 de marzo de 2017 N° 1474.

La demandante residente en nuestro país, de nacionalidad italiana y perceptora de una pensión de jubilación uruguaya que no alcanza los 600 euros, en aplicación de lo previsto en el art. 7 del RD 240/2007, contrató un seguro privado de salud. Según el apartado b) de dicho precepto reglamentario, todo ciudadano de la UE que resida en España por un período superior a 3 meses debe acreditar que dispone de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social en España así como un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos. El INSS le deniega el derecho a la asistencia sanitaria por tener cubierta esta prestación por otra vía.

La Sala revoca la sentencia de instancia. Dicho seguro no alcanzaba una asistenta plena al no cubrir una serie de pruebas médicas que la interesada precisaba, por lo que invoca el espíritu de universalidad y financiación pública que subyace en el Preámbulo del RD 1192/2012, de 3 agosto, para reconocer el derecho solicitado. Asimismo tiene en cuenta que la interesada se encuentra inscrita en el Registro Central de Extranjeros, y además carece de rentas superiores al límite de ingresos previstos en la norma (cien mil euros en cómputo anual).

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

XI- SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

- **Legalidad de la Orden SSI/1475/2014, de 29 de julio, por la que se regula, en el ámbito del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, el contenido y procedimiento de suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria.**

Audiencia Nacional Sala de lo Contencioso-Administrativo, sec. 4ª, S 24-5-2017, rec. 510/2014.

Se impugna en el presente recurso jurisdiccional la Orden SSI/1475/2014, de 29 de julio, por la que se regula, en el ámbito del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, el contenido y procedimiento de suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, previsto en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio.

Entiende la entidad recurrente que el tenor de esta regulación viene a dejar sin cobertura sanitaria a las personas que lleven menos de un año de residencia efectiva en España, o incluso si llevándola la misma no es continuada, así como los cónyuges o persona con análoga relación de afectividad y descendientes, y personas asimiladas que sean menores de 26 años y que tengan una discapacidad igual o superior al 65%.

Considera esta previsión reglamentaria contraria al artículo 2, letra b), de la Ley 16/2003 (principio de aseguramiento universal y público); y también a su artículo 3.5 de la Ley 16/2003 (Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial), pues que no resulta ajustado a derecho introducir una limitación temporal a los ciudadanos que no pueden acreditar la residencia efectiva durante un año, que de esta manera quedan excluidos del sistema público de salud.

En el caso de considerar que estas limitaciones están amparadas por el contenido del artículo 3 de la Ley 16/2003 (modificado por el Real Decreto Ley), entonces dicho precepto sería contrario al principio de igualdad previsto en el artículo 14 C.E., además de que atentaría a la dignidad humana y al derecho a la vida e integridad física y moral reconocidos respetivamente en los artículos 10.1 y 16 de dicha Carta Magna de los que entiende deriva la obligación de la protección a la salud contemplada en el 43.

El recurso no prospera ya que lo anterior no significa la exclusión de la asistencia sanitaria, ya que siempre estaría la posibilidad de recibirla mediante el pago de la correspondiente contraprestación, que es la alternativa o a la suscripción de un convenio especial.

En lo que respecta a la utilización de la expresión residencia efectiva, la Sala no aprecia en ello ninguna ilegalidad, por cuanto es claro que alude, aunque se trate de un concepto jurídico indeterminado, a una situación de carácter fáctico referida de la residencia de hecho en un determinado lugar, con independencia de que sea regular o irregular.

En cuanto al artículo 3 de la Ley 16/2003 está viciado de inconstitucionalidad, decir que la respuesta a esta cuestión viene dada por la ya citada sentencia del Tribunal Constitucional nº 139/2016 de fecha 21 de julio de 2016 resolutoria del Recurso 4123/2012. En ella, con ocasión de analizar los cambios en el régimen de asistencia sanitaria prestada a los extranjeros, y contemplando también la previsión sobre la suscripción de un convenio especial, se ha descartado que esta regulación esté viciada de inconstitucionalidad.

El Tribunal Constitucional, respecto a la asistencia sanitaria que ha de prestarse a los extranjeros que carecen de autorización de residencia, ha considerado que *dicho derecho es susceptible de ser modulado por el legislador, admitiendo la constitucionalidad de la regulación que limita dicho derecho precisamente en función de su situación legal o administrativa de dichas personas, o incluso contemplando la suscripción de un convenio especial, tratándose, a juicio del Tribunal, de una opción de legislador (en este caso el gobierno ejerciendo funciones de legislador de urgencia) que no resulta contraria al ordenamiento constitucional.*

Otro bloque de alegaciones de la demanda se refiere a la impugnación del artículo 4.2 de la Orden SSI/1475/2014. Según el recurrente no se establecen sistemas para permitir a quienes carecen de recursos la suscripción del convenio, lo que supone a la postre excluir de la sanidad pública a las personas más desfavorecidas económicamente por su imposibilidad de satisfacer las cuotas -singularmente los extranjeros sin autorización de residencia, bien porque la han perdido o porque nunca la adquirieron-; cuestionando asimismo el hecho de que se haya establecido una cuota con un importe similar al que se fija para los seguros de carácter privado, y entendiéndose que debió fijarse un criterio gradual en función de los ingresos.

Tampoco prospera esta argumento ya que según manifestó el TC *“se aprecia que estas normas guardan relación directa con la situación que se trata de afrontar de modo que existe conexión de sentido entre la situación de urgencia, derivada de las dificultades por las que atraviesa el sistema sanitario público, y la medida adoptada, en cuanto que persigue la reducción de los gastos que se financian con cargo a dicho sistema y se relaciona, por tanto, con su sostenibilidad”*.

Otro precepto de la Orden que se impugna en la demanda es el artículo 3, en el que se regula la cobertura asistencial del convenio, disponiéndose: El convenio especial de prestación de asistencia sanitaria permitirá a la persona que lo suscriba acceder, desde su fecha de efectos y mediante el pago de la correspondiente contraprestación económica, a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

Lo que se cuestiona es que únicamente se proporcionen, a través del citado convenio especial, las prestaciones de la cartera común básica, dejándose al margen la cartera suplementaria y la de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud.

Esa previsión estaba ya prevista en el artículo 2.2 del Real Decreto 576/2013, y por lo tanto no habría extralimitación competencial de la Orden impugnada, y además el Tribunal Constitucional, en la sentencia 4123/2012 mencionada, señala que el régimen de acceso a la asistencia sanitaria en España con cargo a los fondos públicos se hace efectivo mediante la cartera común de los servicios del Sistema Nacional de Salud.

Por último se plantea, como otro motivo de impugnación, la extralimitación en el ejercicio de la potestad reglamentaria, ya que a juicio de la entidad actora no se ha limitado la misma a desarrollar el contenido de la propia Ley cuando establece determinados requisitos para poder suscribir el convenio especial. En este sentido vuelve a señalar que en el precepto legal - artículo 3.5 de la Ley 16/2003 según la redacción dada por el reiterado Real Decreto-Ley- no se establece ningún requisito temporal consistente en la previa residencia de un año de duración, cuya introducción en la norma reglamentaria considera arbitraria y además atentatoria contra el derecho a la salud

Se desestima este motivo ya que esas limitaciones a las que alude estaban ya previstas en el artículo 3.a) del Real Decreto 576/2013; así como que según el artículo 3.5 de la Ley 16/2003 -conforme a la nueva redacción- está asimismo prevista, para la obtención de la prestación de asistencia sanitaria, la otra alternativa consistente en que medie el pago de la correspondiente contraprestación. Y además la habilitación encuentra su amparo en la DA segunda del RD-Ley 16/2012..

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

5.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

DERECHO SANITARIO.

- Cuestiones actuales del Derecho penal médico.

Hans Kudlich

Más información: marcialpons.es

- La protección sanitaria en los Regímenes Especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos.

Más información: editorialbomarzo.es

II.- Formación

DERECHO SANITARIO.

- Curso Superior Universitario sobre Responsabilidad Civil y Penal del Personal Sanitario.

Más información: catedralegalitas.es

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- Formación en Seguridad del Paciente y prevención de los eventos adversos en la asistencia sanitaria.

Más información: seguridaddelpaciente.es

-NOTICIAS-

- **Sanidad sancionará a los pacientes que hagan un mal uso del sistema sanitario.**

El Gobierno de Aragón sancionará a los usuarios que hagan un mal uso del sistema sanitario. Así lo contempla el anteproyecto de Ley de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema de Salud, que llegará a las Cortes antes de verano. Las sanciones más graves serán las relacionadas con la protección de datos de los pacientes.

Fuente: aragondigital.es

- **¿Son los funcionarios un lastre para la reforma que necesita la Sanidad?.**

El ex ministro socialista Jordi Sevilla afirma en 'Qué está pasando con tu Sanidad' que el personal sanitario debería ser exclusivamente laboral para responder a la "profunda reconversión" que requiere el Sistema

Fuente: elindependiente.com

- **¿Puede obligarle su empresa a ser un empleado saludable?.**

Cada vez más, las empresas se preocupan por el estado anímico y físico de sus trabajadores, ya que puede incidir en su rendimiento. Esto multiplica el fomento del deporte y la salud también desde las compañías.

Fuente: expansión.com

- **El Constitucional portugués obliga a los donantes de óvulos y espermatozoides a salir del anonimato.**

El Alto Tribunal exige la identificación cuando en 2009 había aceptado que ocultaran su identidad.

Fuente: elpais.com

- **Científico australiano de 104 años se quita la vida con un fármaco en Suiza.**

Goodall no sufría una enfermedad terminal pero ante la debilidad por el paso de los años ya no quería vivir y por eso viajó a Suiza, donde está permitida la eutanasia.

Fuente: vanguardia.com

- **Denuncian la «injusta» aplicación de la ley de incompatibilidades en sanidad.**

Advierten que se impide la elección de médico y que se perderán servicios si no se permite la segunda actividad.

Fuente: lavozdegalicia.es

- **Un año de prisión para una MIR de León que confundió un ictus con artrosis.**

La paciente, de 78 años, murió siete días después de ser vista por la facultativa.

Fuente: cadenaser.com

- **El TSJR reconoce al personal temporal del SERIS tener una carrera profesional.**

El Tribunal Superior de Justicia de La Rioja (TSJR) ha reconocido el derecho del personal temporal del Servicio Riojano de Salud (SERIS) a tener una carrera y desarrollo profesional, ha detallado hoy la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios (FSS) de CCOO en La Rioja.

Fuente: larioja.com

- **El Gobierno navarro, sancionado por crear un grupo de 'WhatsApp' sin permiso.**

Infringió gravemente la Ley Orgánica de Protección de Datos.

Fuente: elpais.com

- **Las cartas de los locos que se quedaron guardadas en el manicomio.**

Un grupo de psiquiatras reúne en un libro las misivas conservadas en el archivo de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés.

Fuente: elpais.com

- **El Constitucional portugués obliga a los donantes de óvulos y espermatozoides a salir del anonimato**

El Alto Tribunal exige la identificación cuando en 2009 había aceptado que ocultaran su identidad.

Fuente: elpais.com

- **La Fiscalía andaluza abre diligencias sobre los datos de pacientes llegados a una industria farmacéutica.**

La Fiscalía Superior de la Comunidad Autónoma de Andalucía con sede en Granada ha acordado reabrir las diligencias de investigación penal en torno al presunto uso por parte de una multinacional farmacéutica de datos confidenciales de usuarios de la sanidad pública en Andalucía y Extremadura, que fue denunciado por la asociación privada Defensor del Paciente y el Sindicato Andaluz de Trabajadores (SAT).

Fuente: eldiario.es

- **Los datos en la UE: La Comisión intensifica sus esfuerzos por aumentar la disponibilidad de datos e impulsar la puesta en común de los datos sanitarios.**

La Comisión Europea propone hoy un conjunto de medidas para aumentar la disponibilidad de datos en la Unión, basándose en anteriores iniciativas para impulsar la libre circulación de datos no personales en el mercado único digital.

Fuente: europa.eu

- **El PSOE propone que la eutanasia sea un derecho y una prestación sanitaria**

La norma socialista reconoce el derecho a solicitar ayuda para morir en caso de enfermedad grave e incurable o discapacidad grave crónica.

Fuente: elpais.com

- **Sanidad quiere acotar la presencia de visitadores médicos en las consultas de Extremadura.**

Trabaja en una orden para regular cuestiones como los horarios para ver a los facultativos. Pretende garantizar que «no interferirá en la asistencia a pacientes y el trabajo profesional».

Fuente: elperiodicoextremadura.com

- **El PSOE propone un proceso de eutanasia en 32 días y cubierto por la Seguridad Social.**

Fuente: elmundo.es

- **Anulan el suministro de un fármaco que un hospital del SAS adjudicó sin concurso.**

Una empresa recurrió el contrato del Virgen de las Nieves de Granada al entender que el proceso de elección negociado sin publicidad no estaba justificado.

Fuente: larazon.es

- **Informe sobre el estado de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en España 2017.**

Fuente: consaludmental.org

- **AI: España viola el derecho a salud con impacto desproporcionado de recortes.**

Las políticas de austeridad han deteriorado el acceso a la sanidad con un impacto desproporcionado en las personas con rentas más bajas, ha advertido hoy Amnistía Internacional, que considera que España ha violado el derecho a la salud y ha exigido que se reviertan estas medidas.

Fuente: lavanguardia.com

- **El síndic de Greuges urge al Parlament a garantizar el derecho universal a la salud.**

Fuente: ecodiario.es

- **La última voluntad de un niño.**

Fuente: elmundo.es

-BIOETICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

- **Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastorno mental en España 2017.**

En este documento se denuncian las principales vulneraciones detectadas en el curso de 2017, ilustradas con ejemplos concretos. Asimismo, se pone de relieve una selección de buenas prácticas que constituyen soluciones que producen un impacto positivo y tangible y sirven como modelo para desarrollar políticas, iniciativas y actuaciones a nivel general. Todo ello se acompaña de recomendaciones dirigidas a proporcionar una guía de actuación a la luz de la información proporcionada por el documento.

Más información: consaludmental.org

- **¿Comunicar el error médico o esconderlo? a propósito de las memorias de Henry Marsh.**

“Do no harm”¹ es la obra de Henry Marsh, neurocirujano inglés que en el epílogo de su carrera profesional en el National Health Service, hace memoria no tanto de sus éxitos profesionales como de sus fracasos, lo que nos sirve de punto de partida para plantear un sistema de notificación de errores médicos en España que permita cumplir con la máxima hipocrática que da título al libro: “primum non nocere”. Con ese objetivo propuesto nos planteamos primero analizar hasta qué punto existe un conflicto de lealtades en la actuación profesional del médico (institución vs. paciente) que condicione la posibilidad de comunicar los errores que se produzcan, concluyendo que existen contrapesos normativos para cumplir con la máxima de informar al paciente respetando otros derechos en conflicto.

El equilibrio entre el derecho a estar informado y el derecho a defenderse frente a ulteriores acciones de responsabilidad tiene el fiel de esa imaginaria balanza en la idea canónica de que para aprender del error lo primero es reconocerlo y lo segundo analizar porqué se produjo. Sólo desde el aprendizaje puede evitarse que el error se repita y con ello mejorar la calidad de la asistencia. En el análisis que hacemos del sistema español de comunicación de efectos adversos (SiNASP) llegamos a la conclusión de que no cumple los estándares que nos planteamos, y no sólo desde un análisis ético y jurídico, sino tomando como referencia los sistemas que con el mismo objetivo existen en nuestro entorno europeo, con las referencias de los tratados y acuerdos internacionales en esta materia. La conclusión final a la que llegamos como colofón de toda la reflexión previa es que para que un sistema de comunicación de errores funciones realmente, tiene que ser obligatorio y anónimo para el informante, transparente y concluyente para el informado y, sobre todo, reflexivo y didáctico para la institución, de modo que se cumpla no sólo con el deber de informar sino también con el de evitar que el error se repita.

Más información: aebioetica.org

- **Presentación del "*Documento sobre aspectos éticos del diálogo entre ciencia y sociedad*". Barcelona.**

El objetivo de este documento es poner de manifiesto que el diálogo ciencia-sociedad es esencial para una sociedad democrática, y que constituye un componente fundamental de la actividad científica; poner de manifiesto el imperativo ético del diálogo entre la ciencia y el conjunto de la sociedad es, precisamente, la finalidad principal del presente documento de opinión

Más información: bioeticayderecho.ub.edu

- **La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético.**

En el actual debate bioético se recurre frecuentemente al argumento de la autonomía personal para justificar la legalización de nuevas opciones para el sujeto, como la maternidad subrogada, la venta de órganos, la eutanasia o la congelación de gametos para posponer la paternidad. El presente artículo trata de mostrar cómo legalizar determinadas opciones puede resultar perjudicial para las personas afectadas, así como justificar y perpetuar situaciones de dominio de unos seres humanos sobre otros. En este sentido, se subraya la importancia de reconocer la indisponibilidad de determinados bienes y derechos humano.

Más información: aebioetica.org

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

I.- Bibliografía

- La discapacidad empieza en tu mirada. Las situaciones de discriminación por motivo de diversidad funcional: escenario jurídico, social y educativo.

Molina Saorín, Jesús.

Más información: marcialpons.es

- Ética en los conflictos de la modernidad. Sobre el deseo, el razonamiento práctico y la narrativa.

Macintyre, Alasdair.

Más información: marcialpons.es

II.- Formación

- V Congreso Internacional de investigación en salud y envejecimiento & III Congreso Internacional de investigación en salud.

Organizado por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Se celebrará en Murcia entre el 28 y el 29 de junio de 2018.

Más información: formacionasunivep.com

- XIX Ateneo de Bioética - Ética de los trasplantes.

Madrid, jueves 14 junio de 2018.

Más información: fcs.es

- Curso en el COMB: La iatrogenia y la ética.

9 y 10 de julio, 2018 Colegio de Médicos de Barcelona. Curso gratuito.

Más información: www.comb.cat

- **Salud pública y ética: una introducción.**

Escuela de Salud Pública. Menorca.
Del lunes 24 al miércoles 26, de 9.00 a 14.00 h.

Más información: emsp.cime.es

- **Escenarios de futuro en medicina.**

13 de junio, 2018.
Conferencia de Ezekiel Emanuel, catedrático de Ética Médica y Política Sanitaria de la Universidad de Pensilvania.

Más información: fundaciogrifols.org