

ACTUALIDAD JURÍDICA

1. LEGISLACIÓN

Página

ESTATAL:

-  Modificación del Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. [7](#)
-  Modificación del Real Decreto 1823/2011, de 21 de diciembre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales. [7](#)
-  Complementación de el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de dos cualificaciones profesionales correspondientes a la familia profesional Sanidad. [7](#)
-  Desarrollo de la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. [7](#)
-  Resolución de 28 de diciembre de 2011, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, por la que se determinan los nuevos conjuntos de medicamentos que se dispensen en oficinas de farmacia a través de receta médica oficial u orden de dispensación, sus precios de referencia, y se revisan los precios de referencia fijados por Orden SPI/3052/2010. [8](#)
-  Resolución de 28 de diciembre de 2011, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, por la que se determinan los nuevos conjuntos de medicamentos de ámbito hospitalario y sus precios de referencia. [8](#)
-  Corrección de errores del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público. [8](#)

S U M A R I O

AUTONOMICA:

-  Decreto 303/2011, por el que se establecen las condiciones específicas a las que debe ajustarse la prórroga de los Presupuestos Generales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha de 2011 para 2012. [8](#)
-  Decreto 306/2011, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la aplicación del índice corrector del margen de dispensación de las oficinas de farmacia que se regula en el art. 2.8 del Real Decreto 823/2008. CLM [8](#)
-  Decreto 308/2011, por el que se modifica la Relación de Puestos de Trabajo reservados al personal funcionario y eventual de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. [9](#)
-  Decreto 10/2012, por el que se establece la estructura de la Administración Regional. CLM [9](#)
-  Resolución de 01/12/2011, de la Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección, por la que se hace pública la relación de centros autorizados para extracción, trasplante y banco de órganos y tejidos. CLM [9](#)
-  Orden de 10/01/2012, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de modificación de la Orden de 07/04/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de creación del Instituto de Enfermedades Neurológicas de Castilla-La Mancha. [9](#)
-  Decreto 111/2011, por el que se establece la estructura orgánica básica del Servicio de Salud de las Illes Balears. [9](#)
-  Instrucción 9/2011, de 23 de diciembre, del Director General del Servicio de Salud de las Islas Baleares sobre la expedición y el régimen de uso de la tarjeta sanitaria individual. [10](#)
-  Decreto 305/2011, por el que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a otorgar por la Consejería de Salud y Política Social de Extremadura, en materia de planificación, formación y calidad sanitaria. [10](#)
-  Decreto 339/2011, por el que se modifica el Reglamento de organización y funcionamiento de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias, aprobado por el Decreto 5/1994, de 14 de enero. [10](#)

S U M A R I O

-  Resolución de la Presidencia, por la que se ordena la publicación del acuerdo de convalidación del Decreto-Ley 3/2011, de 13 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes sobre prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía. [10](#)
-  Decreto 16/2012, por el que se distribuyen competencias en materia de contratación centralizada en el ámbito de la Administración de la Generalitat, sus entidades autónomas y los entes del sector público empresarial y fundacional de la Generalitat, y se crea la Central de Compras de la Generalitat. [11](#)
-  Decreto 2/2012, por el que se modifica el Decreto 139/2004, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria. [11](#)

2. CUESTIONES DE INTERÉS

PERSONAL:

- ☞ No procede la equiparación automática de los servicios prestados en un centro sanitario privado concertado con los realizados en un centro sanitario público :STS [12](#)
- ☞ Acción social de ayudas por guardería al personal estatutario masculino: STS [13](#)
- ☞ ¿Existe discriminación entre el disfrute del descanso por parto y el de adopción, si este último se permite tanto a padre como a madre, cuando el primero limita el disfrute del padre a que la madre se lo ceda?: STS [14](#)

CONTRATOS:

- ☞ Calificación jurídica del contrato administrativo para la instalación de televisores en las habitaciones de los centros hospitalarios. Informe JCCA. Comunidad de Aragón. [15](#)

PROTECCIÓN DE DATOS:

- ☞ Infracciones graves por carecer de medidas de seguridad en relación con las historias clínicas. AEPD [16](#)

DERECHO SANITARIO:

- ☞ Intimidad y revelación de secreto. SAPZ [17](#)

PROFESIONES SANITARIAS:

- ☞ Ilegalidad del Decreto Canario que regula los Registros Profesionales Sanitarios por contemplar que se inscriban en ellos únicamente los profesionales colegiados. STSJ [18](#)

RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL:

- ☞ Daño moral por errónea información y haber provocado la pérdida de la facultad o de la opción de decidir interrumpir voluntariamente el embarazo: STS [19](#)

S U M A R I O

FARMACIA:

- ☞ Sentencia del Tribunal Constitucional 161/2011, de 16 de octubre publicada en el BOE de 15 de noviembre de 2011, que declara la inconstitucionalidad y nulidad del artículo 11 de la Ley 3/1996, de 25 de junio, de atención farmacéutica en Extremadura: STC [21](#)

3. FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

- 📖 El menor ante el derecho en el siglo XXI [23](#)

S U M A R I O

BIOÉTICA y SANIDAD

1. CUESTIONES DE INTERÉS

- ☞ Procedimiento de Consentimiento Informado Electrónico [24](#)
- ☞ Conclusiones y recomendaciones del seminario: Hacia una nueva medicina. Consejo genético. [28](#)
- ☞ Oferta y especialidad de especialistas médicos en España (2010-2025) [31](#)
- ☞ Compromisos y exigencias de la profesión ante la crisis económica, de valores y de gobierno en el SNS. [31](#)
- ☞ Reedición y análisis del impacto normativo de los Documentos del OBD sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia y sobre la interrupción voluntaria del embarazo. [32](#)
- ☞ Barómetro europeo de la financiación de la innovación 2011. [33](#)
- ☞ Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud. 2009-2013 [33](#)

2. FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

- 📖 Los comités de ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español. [34](#)
- 📖 Vida, integridad personal y nuevos escenarios de la biomedicina. [34](#)

Comité Editorial:

Vicente Lomas Hernández

Lola González García

José Manuel Torres Estévez

(Servicios Jurídicos - Secretaría General)

ACTUALIDAD JURÍDICA

LEGISLACIÓN

LEGISLACIÓN ESTATAL

- Real Decreto 2/2012, de 5 de enero, por el que se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.
 - o B.O.E. núm. 5, de 06 de enero de 2012 Sec. I. Pág. 950
- Real Decreto 1/2012, de 5 de enero, por el que se modifica el Real Decreto 1823/2011, de 21 de diciembre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales.
 - o B.O.E. núm. 5, de 06 de enero de 2012 Sec. I. Pág. 947
- Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de dos cualificaciones profesionales correspondientes a la familia profesional Sanidad.
 - o B.O.E. núm. 16, de 19 de enero de 2012 Sec. I. Pág. 4312
- Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.
 - o B.O.E. núm. 20, de 24 de enero de 2012 Sec. I. Pág. 5711

- Resolución de 28 de diciembre de 2011, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, por la que se determinan los nuevos conjuntos de medicamentos que se dispensen en oficinas de farmacia a través de receta médica oficial u orden de dispensación, sus precios de referencia, y se revisan los precios de referencia fijados por Orden SPI/3052/2010, de 26 de noviembre.
 - o B.O.E. núm. 314, de 30 de diciembre de 2011 Sec. I. Pág. 145936
- Resolución de 28 de diciembre de 2011, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, por la que se determinan los nuevos conjuntos de medicamentos de ámbito hospitalario y sus precios de referencia.
 - o B.O.E. núm. 314, de 30 de diciembre de 2011 Sec. I. Pág. 146119
- Corrección de errores del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.
 - o B.O.E. núm. 29, de 03 de febrero de 2012 Sec. I. Pág. 9636

LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

- Decreto 303/2011, de 22/12/2011, por el que se establecen las condiciones específicas a las que debe ajustarse la prórroga de los Presupuestos Generales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha de 2011 para 2012.
 - o D.O.C.M. núm. 249, de 23 de diciembre de 2011. Pág. 42053.

- Decreto 306/2011, de 22 de diciembre, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la aplicación del índice corrector del margen de dispensación de las oficinas de farmacia que se regula en el art. 2.8 del Real Decreto 823/2008.
 - o D.O.C.M. núm. 250, de 26 de diciembre de 2011. Pág. 42277.
- Decreto 308/2011, de 29/12/2011, por el que se modifica la Relación de Puestos de Trabajo reservados al personal funcionario y eventual de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
 - o D.O.C.M. núm. 254, de 30 de noviembre de 2011. Pág. 43059.
- Decreto 10/2012, de 25/01/2012, por el que se establece la estructura de la Administración Regional.
 - o D.O.C.M. núm. 18, de 25 de enero de 2012. Pág. 1815.
- Resolución de 01/12/2011, de la Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección, por la que se hace pública la relación de centros autorizados para extracción, trasplante y banco de órganos y tejidos.
 - o D.O.C.M. núm. 22, de 30 de enero de 2012. Pág. 3546.
- Orden de 10/01/2012, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de modificación de la Orden de 07/04/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de creación del Instituto de Enfermedades Neurológicas de Castilla-La Mancha.
 - o D.O.C.M. núm. 15, de 20 de enero de 2012. Pág. 1346.

- Decreto 111/2011, de 9 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica del Servicio de Salud de las Illes Balears.
 - o B.O.I.B. núm. 194, de 29 de diciembre 2011. Pág. 38.
- Instrucción 9/2011, de 23 de diciembre, del director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares sobre la expedición y el régimen de uso de la tarjeta sanitaria individual.
 - o B.O.I.B. núm. 196, de 31 de diciembre 2011. Pág. 11.
- Decreto 305/2011, de 23 de diciembre, por el que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a otorgar por la Consejería de Salud y Política Social, en materia de planificación, formación y calidad sanitaria.
 - o D.O.E. núm. 249, de 30 de diciembre 2011. Pág. 30672.
- Decreto 339/2011, de 29 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento de organización y funcionamiento de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias, aprobado por el Decreto 5/1994, de 14 de enero.
 - o B.O.C. núm. 5, de 09 de enero 2012. Pág. 355.
- Resolución de 23 de diciembre de 2011, de la Presidencia, por la que se ordena la publicación del acuerdo de convalidación del Decreto-Ley 3/2011, de 13 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes sobre prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía.
 - o B.O.J.A. núm. 13, de 20 de enero de 2012 Sec. I. Pág. 6

- Decreto 16/2012, de 20 de enero, del Consell, por el que se distribuyen competencias en materia de contratación centralizada en el ámbito de la Administración de la Generalitat, sus entidades autónomas y los entes del sector público empresarial y fundacional de la Generalitat, y se crea la Central de Compras de la Generalitat.
 - o D.O.C.V. núm. 6668, de 24 de enero de 2012 Sec. I. Pág. 2512
- Decreto 2/2012, de 12 de enero, por el que se modifica el Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria.
 - o B.O.C. núm. 14, de 20 de enero de 2012 Sec. I. Pág. 1620

CUESTIONES DE INTERÉS

PERSONAL:

- No procede la equiparación automática de los servicios prestados en un centro sanitario privado concertado con los realizados en un centro sanitario público.

SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO DE 23 DE MARZO DE 2011

No cabe equiparar, a los efectos de baremar los servicios prestados para la selección de personal estatutario temporal, el tiempo de servicios prestados en instituciones sanitarias públicas con el realizado en centros sanitarios privados concertados.

Esta es la conclusión a la que llega nuestro TS, partiendo para ello de la premisa de que se trata de centros que no se encuentran comprendidos dentro del SNS a tenor de lo dispuesto en el art. 44 de la Ley General de Sanidad, a lo que cabría añadir que:

a) Los medios de acceso a una y otra clase de centros sanitarios son diferentes, al regir en los públicos los principios de igualdad, mérito y capacidad, mientras que en los centros sanitarios de titularidad privada impera el principio de libertad empresarial.

b) A los efectos propios del caso enjuiciado, también es diferente la actividad en un centro sanitario público que en un centro sanitario privado, por serlo también la cartera de servicios, el volumen de trabajo, el nº de pacientes y usuarios, o los medios técnicos utilizados.

Por todo lo anterior, el TS concluye que no se puede establecer una regla general, sino que habrá que evaluar cada centro, resolver caso por caso, para poder apreciar de este modo, si existe o no una injustificada discriminación.

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

- Acción social de ayudas por guardería al personal estatutario masculino.

SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO DE 13 DE DICIEMBRE DE 2010

El Servicio Extremeño de Salud solicita que se declare improcedente la concesión de ayudas de guardería al personal masculino por entender que de no ser atendida semejante petición, se va a ocasionar un grave daño al interés general.

Este tipo de ayudas fueron instauradas por vez primera mediante Acuerdo de de 26 de noviembre de 1974, quedando limitado el círculo de posibles beneficiarios a todo aquél personal estatutario femenino de plantilla con hijos menores de seis años. Posteriormente, y mediante circular del INSALUD, se amplió la esfera de potenciales beneficiarios al personal masculino viudo.

Nuestro Alto Tribunal desestima el recurso de casación interpuesto ya que la recurrente no ha explicado suficientemente el grave perjuicio que derivaría de la falta de fijación de la doctrina propuesta, “no es suficiente con decir que es muy numeroso el personal del Servicio Extremeño de Salud ni tampoco la información sobre los hombres que trabajan en él”.

En cuanto a la perspectiva de género, la recurrente insiste en que la realidad social es muestra diaria de la inexistencia de la deseada igualdad socio-laboral entre hombre y mujer y que el TJUE ha juzgado conforme a Derecho la concesión de ayudas de guardería en exclusiva para el personal femenino.

No resulta convincente el argumento sociológico esgrimido por la representación letrada de la Administración; por el contrario, la Sala entiende que “no es en absoluto claro que la mejor realización de la igualdad entre hombres y mujeres pase por proscribir que también puedan los primeros beneficiarse de ayudas como estas de guardería”.

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

- ¿Existe discriminación entre el disfrute del descanso por parto y el de adopción, si este último se permite tanto a padre como a madre, cuando el primero limita el disfrute del padre a que la madre se lo ceda?

SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO DE 19 DE MAYO DE 2011

Sentencia dictada por nuestro Tribunal Constitucional a raíz de la cuestión de inconstitucionalidad planteada en relación con la desigual aplicación del artículo 48.4 del Estatuto de los Trabajadores por entender que:

a) Carece de justificación que, en los supuestos de parto, el padre trabajador únicamente pueda disfrutar del período de descanso “voluntario” y percibir el correspondiente subsidio por maternidad durante ese periodo, siempre que la madre le ceda el derecho a disfrutarlo y ésta sea una trabajadora incluida en algún régimen de la Seguridad Social.

b) No se comprende que en supuestos de adopción la ley permita “la opción de los interesados” (padre y madre) en el disfrute del descanso, a diferencia de los supuestos de parto, lo que podría atentar contra el derecho a la igualdad ante la ley sin que pueda prevalecer discriminación alguna, según reza el artículo 14 de la Constitución.

La primera cuestión pierde interés desde el momento en que hoy día, tras la reforma del artículo 48.4 del ET por la disposición adicional undécima de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, el actual párrafo tercero del artículo 48.4 del ET, en el supuesto de parto, establece que el padre trabajador afiliado a la Seguridad Social tendrá derecho al periodo de suspensión de su contrato de trabajo con reserva de puesto en su integridad aún cuando la madre no tuviera derecho a ello por no desempeñar actividad laboral o por ejercer una actividad profesional que no dé lugar a la inclusión en la Seguridad Social.

Respecto de la segunda, el TC pone de manifiesto la distinta finalidad que tienen ambas situaciones protegidas, la maternidad por parto respecto de la adopción, aplicando en este sentido la ya clásica doctrina constitucional sobre el principio de igualdad, que “no implica en todos los casos un tratamiento legal igual con abstracción de cualquier elemento diferenciador de relevancia jurídica, de manera que no toda desigualdad de trato normativo respecto a la regulación de una determinada materia supone una infracción del mandato contenido en el artículo 14 de la CE, sino tan sólo las que introduzcan una diferencia entre situaciones que puedan considerarse iguales, sin ofrecer una justificación objetiva y razonable para ello. También es necesario, para que sea constitucionalmente lícita la diferencia de trato, que las consecuencias jurídicas que se deriven de tal distinción sean proporcionadas a la finalidad perseguida, de suerte que se eviten resultados excesivamente gravosos o desmedidos”.

En el primer caso, la suspensión del contrato con reserva de puesto de trabajo pretende preservar la salud de la trabajadora embarazada mientras que en el segundo supuesto se persigue facilitar la integración del menor de corta edad adoptado o acogido en su nueva familia de adopción o acogida, por lo que carecería de sentido atribuir el derecho a la suspensión del contrato y la correspondiente prestación económica de la Seguridad Social a uno con preferencia al otro.

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

CONTRATOS

- **Calificación jurídica del contrato administrativo para la instalación de televisores en las habitaciones de los centros hospitalarios**

Informe 19/2011 de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de la Comunidad Autónoma de Aragón

La Junta, tras descartar la calificación de “concesión demanial” ya que en estos casos prima el interés privado de la instalación de un negocio o actividad que requiere la ocupación privativa de un bien demanial, considera que el tipo de contrato administrativo que mejor se ajusta a las características del objeto del contrato de servicios -en el que hay que tener en cuenta quién asume el coste del servicio es el usuario- por considerar que con arreglo a la LCSP, la otra alternativa posible, a saber, la categoría de contratos administrativos especiales, ha quedado enormemente restringida.

En efecto, el Informe, apoyándose en la Recomendación 1/2011, de 6 de abril, sobre diversos aspectos, entre ellos el de la calificación jurídica de los contratos, entiende que la actual amplitud de la categoría del contrato de servicios permite que podamos incluir el objeto de este contrato dentro de la categoría 27 “otros servicios”.

La Junta considera que en un contrato como el que nos ocupa el beneficiario es la Administración, frente a un contrato privado de concesión de uso demanial, ya que en este otro tipo de contratos, el beneficiario es el particular o el usuario.

Para justificar lo que en apariencia resulta difícil de entender si tenemos en cuenta que quién paga el servicio es el paciente, y quién lo disfruta sigue siendo también el paciente, la Junta dice que aunque el destinatario final del servicio es el paciente, la beneficiaria es la Administración por cuanto se trata de obtener una prestación que le permite ofrecer un mejor servicio público sanitario.

Pero, aún restaría por comprobar, una vez descartadas otras opciones, si en efecto concurren los requisitos que exige la LCSP a los contratos de servicios:

- a) Que el objeto sea la obtención de un resultado distinto del de una obra o un suministro
- b) El carácter oneroso. La onerosidad para la Administración estriba, no ya en el pago del canon, que le corresponde al paciente, sino en la cesión de uso de sus dependencias para la instalación de los televisores.
- c) La beneficiaria debe ser la Administración, que de este modo obtiene un valor añadido para sus instalaciones sanitarias. De hecho, la Junta, consciente de la dificultad de defender tal calificación jurídica en un supuesto en el que quién disfruta y paga el servicio es el usuario del hospital y no la Administración, se ve obligada a recurrir a otro argumento adicional para desterrar por completo la sombra del “contrato de gestión de

servicio público”. Este argumento es que sería necesario que se tratase de un servicio que haya sido declarado de competencia de la Administración, y el uso de televisores no parece estar dentro de los servicios sanitarios.

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

PROTECCIÓN DE DATOS

Infracciones graves por carecer de medidas de seguridad en relación con las historias clínicas

Resoluciones de la Agencia Española de Protección de Datos

Resolución nº00198/2011

Ciudadano que acude al Hospital Vega Baja de Orihuela, y que al llegar al área de Admisión de consultas externas, observa que cientos de historias clínicas de pacientes del hospital se encuentran apiladas en unos cajones con ruedas, sin vigilancia de ningún tipo. Nuestro diligente ciudadano graba los hechos y los adjunta como prueba a la denuncia que presenta ante la AEPD.

En este caso resulta ocioso hacer cualquier comentario ya que los hechos hablan por sí solos, de modo que la Agencia concluye afirmando que *“se ha producido una vulneración del principio de seguridad de los datos, al mantener los carros de transporte de las historias clínicas en zonas de tránsito de público sin vigilancia, infracción que procede calificar como grave”*

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

Resolución nº 02182/2010

Paciente que acude al Hospital Clínico Universitario de Valladolid para solicitar que se le haga entrega de copia de su historial clínico, petición que encuentra como respuesta del Director-Gerente del mencionado centro sanitario que “en dicho hospital se está a la espera de la localización de la historia clínica solicitada”.

Nueva infracción grave cometida por otro centro sanitario público, en este caso por carecer de las medidas de seguridad que la Ley exige al responsable del fichero al haber perdido la historia clínica de una paciente

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

DERECHO SANITARIO

- Intimidad y revelación de secreto

SENTENCIA DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE ZARAGOZA de 27 de julio de 2011

Un celador que presta servicios en una clínica privada solicita que se le practique una analítica en el laboratorio existente en la misma clínica. Poco tiempo después llegan los resultados que muestran que el celador es seropositivo.

El Jefe de Laboratorio decide comunicar los resultados al paciente en presencia de dos técnicos del laboratorio con el fin de mostrarles la manera de dar este tipo de información, si bien les dijo que mantuvieran absoluta discreción. La comunicación de los resultados tuvo lugar a finales del octubre de 2008.

Sin embargo, una de las técnicas de laboratorio, y antes de que su jefe hubiese comunicado los resultados al paciente, acude a una cena con compañeros del trabajo y comenta a varios de los asistentes que un compañero del centro ha contraído el virus del VIH y finalmente revela su identidad.

La trabajadora fue condenada a un año de prisión como autora de un delito de revelación de secreto, y se declara la responsabilidad civil subsidiaria de la clínica.

La sentencia es recurrida en apelación y se invoca la aplicación indebida del art. 199 del CP. Respecto de este primer motivo, la Sala considera que el concepto “secreto” no quiere decir que estos datos deban estar protegidos por la normativa vigente y relativa a los secretos oficiales, puesto que, de ser así, delimitaría extraordinariamente el concepto y haría ilusoria la defensa de la intimidad. En definitiva, secreto debe ser todo aquel dato o elemento referente a la intimidad cuyo titular no quiere que se conozca.

Respecto de la responsabilidad civil subsidiaria de la clínica, se confirma el pronunciamiento de la sentencia de instancia ya que existía una relación de dependencia y además una ventaja y beneficio que le suponía a la clínica el trabajo de su asalariada.

De haberse tratado, por ejemplo, de un empleado nuestro, la responsabilidad civil subsidiaria del SESCAM surgiría como consecuencia de lo previsto en el art. 121 del CP

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

PROFESIONES SANITARIAS

- **Ilegalidad del Decreto Canario que regula los Registros Profesionales Sanitarios por contemplar que se inscriban en ellos únicamente los profesionales colegiados**

SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CANARIAS de 01 de Octubre de 2010.

Se combate la legalidad del Decreto 49/2009, de 28 de abril por el que se procede a la regulación de los Registros de Profesionales Sanitarios de Canarias.

Dicha disposición administrativa, en relación con los registros de los colegios profesionales, no sólo contempla que se inscriban en ellos los profesionales colegiados, sino que admite también que puedan hacerlo aquellos profesionales que ejerzan la profesión sanitaria en virtud de habilitación, reconocimiento o cualquier otra autorización administrativa.

Respecto de la primera de las cuestiones suscitadas, el art. 5.2 de la LOPS no contempla que exclusivamente los profesionales colegiados sean los que puedan incorporarse a este tipo de registros, y en relación con la segunda de las alegaciones, la Sala entiende que permitir la inscripción en el registro canario de profesionales sanitarios de los que ejercen la profesión sanitaria en virtud de habilitación, reconocimiento, o cualquier otra autorización administrativa resulta contrario a derecho ya que “en la actualidad no existe un ejercicio profesional sin título oficial y regulado, de manera que únicamente por ley puede estar habilitado el ejercicio de una profesión sanitaria”.

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

RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL

- **Daño moral por errónea información y haber provocado la pérdida de la facultad o de la opción de decidir interrumpir voluntariamente el embarazo.**

SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO de 29 de JUNIO 2011

Un matrimonio decide someterse a una prueba de análisis genético tras conocer que ha nacido, aquejado de fibrosis quística, que es una enfermedad hereditaria, un sobrino carnal del marido.

Los análisis son realizados en el laboratorio del Hospital La Paz de Madrid y arrojan los siguientes resultados:

- a) El marido es portador de la mutación.
- b) La mujer no es portadora

La interpretación conjunta de estos resultados supone que la descendencia podría ser o no portadora, pero en ningún caso padecería la enfermedad.

Cinco años después, el matrimonio tiene su segundo hijo al que se le diagnostica la enfermedad. La pareja se somete nuevamente a otro análisis genético que confirma el resultado respecto del marido pero, que en cambio, en relación con la mujer, da un resultado completamente contrario, ya que se dice que ella también es portadora de la enfermedad.

¿Hay responsabilidad patrimonial de la Administración?, ¿Qué daños son susceptibles de ser indemnizados?, ¿Exclusivamente los daños morales?, ¿Quién o quiénes son titulares del derecho a la indemnización por daño moral?

La existencia de una responsabilidad patrimonial de la Administración por daño moral se puede aplicar si extrapolamos la doctrina fijada por el TS para los casos en los que se ha producido un embarazo no deseado o cuando por error o negligencia no se ha informado a la embarazada de riesgo en el nacimiento por malformaciones u otras causas. Según dicha doctrina, en estos casos lo que se causa es un daño moral, consistente en haber provocado la pérdida de la facultad o de la opción de decidir interrumpir voluntariamente el embarazo. Aunque la Sentencia no lo recoja, creemos que se podría precisar que se ha vulnerado el “derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva”, art. 3 de la L.O. 2/2010.

Pues bien, dicha doctrina se considera plenamente aplicable al presente caso, en el que lo que se ha perdido ha sido la opción anticonceptiva debido a la mala y errónea información suministrada por el Laboratorio del Hospital.

La sentencia recurrida en casación reconoce a los padres una indemnización de 156.713 euros en concepto de daño moral “que implica el no haber podido optar por tener un hijo sabiendo que los dos eran portadores del gen de la fibrosis quística”.

Sin embargo los padres reclaman, en casación, que también se le reconozca al hijo como beneficiario de la indemnización por daños morales, daños que en su caso, dimanarían de la inadecuada relación que habrá que mantener con sus compañeros no afectados.

Pues bien, nuestro Alto Tribunal desestima la pretensión de los padres ya que ni la propia existencia del hijo, ni sus limitaciones, son debidas a la actuación de la Administración, pues el niño, pese al error del laboratorio, podría haber nacido sano. Además, las limitaciones que va a desarrollar “constituyen aspectos de su existencia que le convierten en diferente, pero no por eso menos valioso para quienes le rodean y para la sociedad”.

Tan solo cabría defender la pretensión de los padres si estuviésemos ante una enfermedad que comporte una repercusión psicofísica grave, que no parece afecte al menor, que al no estar limitado intelectualmente, está en condiciones de integrarse socialmente con las limitaciones que ya se pusieron de relieve”.

Luego parece que la discapacidad siempre que fuese psíquica sí podría hacer acreedor al que la padece, en un caso similar a éste, de la indemnización por daño moral, ¿no?

En cualquier caso, esta pretensión de los padres recuerda el ejercicio de la acción “wrongful life”, o lo que es lo mismo, la pretensión de reconocer legitimación al hijo afectado, al que se le consideraría víctima, y titular de un derecho a no nacer con taras físicas -la doctrina Perruche, Sentencia de 17 de noviembre de 2000 de la Corte de Casación Francesa-

Pero la misma Sentencia también fue recurrida por la Comunidad de Madrid, en este caso por considerar que la indemnización no puede alcanzar a cubrir las consecuencias patrimoniales de la enfermedad hereditaria, que no ha sido causada por la asistencia sanitaria prestada, de modo que tan solo habría que indemnizar por el daño moral ocasionado a los padres.

Tampoco prospera el motivo invocado, en este caso por la Administración sanitaria, pues “la familia se ve afectada por la necesidad de disponer de mayores medios económicos y sobre todo de más disponibilidad para dedicarse ambos progenitores o uno de ellos a la atención que ese hijo requiere”, y por tanto sí procede esa indemnización adicional a modo de “lucro cesante”.

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

FARMACIA

- **Inconstitucionalidad y nulidad del artículo 11 de la Ley 3/1996, de 25 de junio, de atención farmacéutica en Extremadura en el que se señalaba que “en ningún caso podrán participar en el procedimiento de autorización de Oficina de Farmacia los farmacéuticos que tengan más de 65 años al inicio del procedimiento”**

**Sentencia del Tribunal Constitucional 161/2011,
de 16 de octubre de 2011**

El TC declara la inconstitucionalidad de la prohibición del acceso a autorizaciones de nuevas oficinas de farmacia a mayores de 65 años al considerarla una discriminación arbitraria por razón de edad, que no queda justificada en que “a los 65 años la mayoría de los españoles cesan en la actividad laboral y en que a partir de esa edad sean crecientes las dificultades de adaptación”, concluyendo que no se trataba “de una medida de acción positiva dirigida a equilibrar la desfavorable situación de partida de los integrantes de un grupo desfavorecido” y su exclusión “no garantiza la contratación de nuevos profesionales”.

En similares términos ser pronunció el TC en relación con nuestra Ley de Ordenación Farmacéutica en sentencia dictada hace unos meses. En efecto, la Sentencia 63/2011, de 16 de mayo de 2011 declaró Inconstitucional el artículo 22.6 de la Ley 4/1996, de 26 de diciembre, de ordenación del servicio farmacéutico en Castilla-La Mancha.

Dicho precepto establecía que “en ningún caso pueden participar en el procedimiento de instalación de una nueva oficina de farmacia los farmacéuticos que tengan instalada otra en el mismo núcleo de población en el cual se solicita la nueva instalación o que tengan más de sesenta y cinco años al inicio del procedimiento” Del precepto se cuestiona únicamente la prohibición impuesta a los farmacéuticos que tengan más de sesenta y cinco años al principio del procedimiento.

Para valorar la constitucionalidad de dicho precepto, el TC analiza la incidencia del dato de la edad como factor de discriminación haciendo un recorrido por las sentencias más relevantes, que permiten concluir que el TC ha llegado a soluciones diversas debido a la heterogeneidad de los supuestos enjuiciados. No obstante, sí se puede extraer de la doctrina del TC que para que la edad opere como uno de los factores a los que alcanza la prohibición constitucional de fundar en ellos un tratamiento diferenciado es preciso que no se acomode a las exigencias de justificación y proporcionalidad.

Esta es precisamente la situación creada por la ley autonómica, ya que.

No cabe justificar semejante limitación invocando el argumento de que es la edad prevista para la jubilación, y además el modo incondicional con el que la ley establece la referida prohibición resulta absolutamente desproporcionado.

Surgirían situaciones difícilmente justificables. Así, por ejemplo, los titulares mayores de 65 años de edad de una oficina de farmacia en una localidad, y que pretendan acceder a una nueva autorización en otro núcleo de población diferente, o aquellos farmacéuticos mayores de 65 años que ya se encuentren trabajando en alguna oficina de farmacia y deseen, respecto de ese mismo núcleo de población, acceder a una autorización para abrir como titulares, una nueva oficina de farmacia. En estos casos, se podría calificar como arbitrario, carente de cualquier justificación objetiva y razonable cercenar este derecho a los mayores de sesenta y cinco años.

Tampoco cabe considerar que estemos ante una medida de acción positiva pensada para favorecer a los farmacéuticos jóvenes, ya que:

- 1.- No estamos ante una medida de favorecimiento sino ante una medida de exclusión.
- 2.- La propia amplitud del colectivo (farmacéuticos con menos de 65 años) permite albergar serias dudas acerca de que efectivamente se trate de un grupo desfavorecido.
- 3.- Si la edad de sesenta y cinco años no es obstáculo para seguir ejerciendo la profesión de farmacéutico titular de la oficina de farmacia, la prohibición de acceso a una nueva autorización para los mayores de esa edad no está conectada con el interés público presente en la ordenación del servicio farmacéutico.
- 4.- Finalmente, la prohibición de la que hablamos produce el resultado de que los farmacéuticos que ya tienen farmacia en otro núcleo de población podrán participar o no en el concurso dependiendo de la edad que tengan, sin que la exclusión de los mayores de sesenta y cinco años lleve consigo el acceso de nuevos profesional

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

FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

- El menor ante el derecho en el Siglo XXI.

Este número recoge las ponencias presentadas en el XV Encuentro del Anuario de la Facultad de Derecho de la UAM, con el título de El menor ante el Derecho en el siglo XXI. En dichas ponencias se analizan las diferentes perspectivas desde las que el Derecho contempla a los menores.

Anuario de la Facultad de Derecho de la UAM 15 (2011)

PRESENTACIÓN: Julio Díaz-Maroto y Villarejo y Alma María Rodríguez Guitián

Más información: <http://www.uam.es/otros/afduam/sumario-15.html>

BIOÉTICA y SANIDAD

CUESTIONES DE INTERÉS

- Procedimiento De Consentimiento Informado Electrónico.

1. Planteamiento

Uno de los problemas de los centros sanitarios actuales es el almacenamiento de documentación en los Archivos de Historias Clínicas, algo que ha comenzado a resolverse con la extensión de la Historia Clínica Electrónica. Sin embargo, la generalización de los Consentimientos Informados Médicos, en los que es imprescindible la firma del paciente, ha venido a agravar el problema de nuevo.

La siguiente propuesta recoge un resumen de los requisitos no funcionales (restricciones del sistema que afectan a su diseño, tales como condicionantes legales y características que debe cumplir la plataforma de almacenamiento) que debe incorporar cualquier solución digital al problema, planteando una solución orientada por tres objetivos, ahorro de papel, ahorro de espacio y validez legal de la documentación digital archivada. Al mismo tiempo se busca el mínimo impacto en los procesos organizativos de información y recogida de los consentimientos en los que están implicados los facultativos. Por supuesto, a la larga la digitalización nos llevará a un ahorro económico.

2. Los requisitos no funcionales del modelo son los siguientes:

2.1. Respeto a los principios Generales de las relaciones electrónicas con los ciudadanos

- Respeto a la protección de los datos de carácter personal.
- Principio de igualdad: El uso de medios electrónicos no supone una restricción para la relación entre el ciudadano y las Administraciones Públicas.
- Garantizar la seguridad, integridad, veracidad, autenticidad y legalidad jurídicas.
- Uso de estándares abiertos o de uso generalizado por los ciudadanos.

2.2. Respeto a los derechos de los ciudadanos

- Ofrecer al ciudadano la oportunidad de escoger entre sistemas electrónicos o tradicionales.
- Derecho a utilizar el DNI electrónico.
- Utilización de otros sistemas de firma electrónica admitidos en el ámbito de la Administración pública.

2.3. Aplicación de procedimientos de identificación y autenticación de las Administraciones Públicas.

- Sistemas de firma electrónica basados en certificados de dispositivo seguro o medio equivalente que permita identificar la sede electrónica
- La Administración Pública podrá proveer a su personal de sistemas de firma electrónica, de forma que se pueda identificar de forma conjunta al titular del puesto de trabajo.
- Se podrá utilizar la firma electrónica basada en el DNI del personal a cargo de la Administración Pública.

2.4. Archivo Electrónico de documentos

El almacenamiento de los documentos electrónicos debe garantizar:

- La identidad e integridad de la información necesaria para reproducirlo, asegurando la posibilidad de trasladarlo a otros formatos y soportes.
- Que los soportes para almacenar los documentos estén dotados de medidas de seguridad que garanticen la integridad, autenticidad, confidencialidad, calidad, protección y conservación de los documentos.

2.5. Copias electrónicas

- El documento electrónico original debe permanecer en poder de la Administración de forma que sea posible comprobar la información de firma electrónica y sellado de tiempo.
- Las copias en papel deberán incluir un código generado electrónicamente que permita contrastar su autenticidad con el original.

2.6. La firma electrónica

La Ley 59/2003 (LFE) sólo reconoce como equivalente electrónica a la firma manuscrita a la firma electrónica reconocida, que es aquella basada en certificados reconocidos y generada a través de dispositivos seguros de creación de firma.

La LFE admite otros medios de firma electrónica que resulten adecuados para garantizar la identificación de los participantes, y la autenticidad e integridad de los documentos electrónicos.

Utilizando una firma electrónica reconocida por parte del médico firmante (vg: DNI electrónico) se garantiza la integridad y autenticidad del documento.

No todos los ciudadanos disponen de una firma electrónica reconocida, por lo tanto, hay que ofrecer medios alternativos para que los pacientes puedan dar su consentimiento siempre que se cumplan las garantías de seguridad exigidas por la LFE. Podemos plantearnos la utilización de firma electrónica simple (vg: digitalización de firma manuscrita) como alternativa.

Todo dispositivo utilizado para la creación de firma electrónica debe cumplir con las siguientes garantías:

- Los datos utilizados para la generación de firma pueden producirse sólo una vez y asegura razonablemente su secreto.
- Existe seguridad razonable de que los datos utilizados para la generación de firma no pueden ser derivados de los de verificación de firma o de la propia firma y de que la firma está protegida contra la falsificación con la tecnología existente en cada momento.

- Los datos de creación de firma pueden ser protegidos de forma fiable por el firmante contra su utilización por terceros.
 - El dispositivo utilizado no altera los datos o el documento que deba firmarse ni impide que éste se muestre al firmante antes del proceso de firma.
 - Los dispositivos de creación deben estar certificados mediante un procedimiento que compruebe que cumple los requisitos establecidos por la LFE.
- Actualmente, los dispositivos de digitalización de firma (scaneo de firmas) no están certificados, por lo que para su utilización habrá que garantizar los requisitos expresados anteriormente.

2.7. De la digitalización Certificada

La Digitalización Certificada está regulada por la orden EHA/962/2007 del Ministerio de Economía y Hacienda, por lo que no es aplicable al ámbito sanitario.

Esta orden nos permite establecer los principios que debe cumplir un documento digitalizado:

- El proceso de digitalización debe garantizar una imagen fiel e íntegra de cada documento y que esta imagen sea firmada con firma electrónica reconocida.
- Disponer de los procedimientos y controles necesarios para garantizar la fidelidad del proceso de digitalización certificada.
- El resultado de la digitalización certificada se organiza en torno a una base de datos documental y por cada documento digital se conservará un registro con todos los campos y entre ellos uno con la imagen binaria del documento o enlace al fichero que la contenga, en ambos casos con la firma electrónica.

El centro deberá disponer de un software de digitalización certificado. Las condiciones de certificación del software se han pensado para la facturación electrónica y no son aplicables a nuestro ámbito, pero podemos extraer los requisitos que deberá cumplir el software para producir documentos electrónicos válidos a partir de los originales en papel. Debe garantizar la integridad de datos e imágenes al cierre de cada episodio al que esté sometido el paciente (en nuestro caso).

3. Propuesta de Solución

El proceso de CI se realiza en la forma tradicional, en el acto médico-paciente, informando al paciente de los aspectos recogidos en la Ley 41/2002 (LAP).

El médico utilizará un repositorio de plantillas de consentimiento adaptadas. La plantilla será completada automáticamente con los datos del paciente que procederán de la Base de Datos del centro.

El facultativo completará los apartados con contenidos específicos si fuera necesario, marcando las opciones oportunas de consentimiento.

El facultativo firmará electrónicamente el documento, garantizando éste queda cerrado y no puede ser modificado una vez entregada la copia al paciente. Se podría ofrecer una URL de forma que el paciente, utilizando el hash proporcionado en el documento, pueda acceder al documento electrónico original.

A continuación se imprimirá una copia para el paciente, que irá referenciada electrónicamente para poder ser identificada en el futuro, incluyendo una nota indicando que se trata de copia de un documento electrónico.

En el mismo acto, o posteriormente, se ofrecerá al paciente la posibilidad de aceptar o rechazar el consentimiento.

El documento electrónico ira firmado de tres formas:

- Por el médico responsable usando firma electrónica reconocida (por ejemplo DNI electrónico)
- Por el paciente
- Podrá firmar utilizando su DNI electrónico.
- Podrá utilizar otra firma electrónica reconocida o firma electrónica avanzada (Vg: FNMT)
- Digitalización de su firma.
- En la forma tradicional firmando en el papel
- La tercera firma consiste en el sellado de tiempo.

El documento electrónico se archivará en el repositorio de CI Electrónicos.

Si el paciente a optado por la firma tradicional en papel, entregamos copia al paciente y se envía otra al Archivo, que procederá a la Digitalización Certificada del documento, obteniendo una copia electrónica del documento con las mismas condiciones de seguridad e integridad que para el documento electrónico obtenido en la propia consulta.

Para este documento serán necesarias dos firmas:

- Firma electrónica del funcionario público habilitado para estas funciones. Podrá ser una firma institucional.
- Sellado de tiempo.

Una vez digitalizado el papel, éste pasará al repositorio de CI electrónicos, destruyendo el original por medios adecuados.

4. Referencias y Marco Normativo

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (LAP)
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación Biomédica. (LIB)
- Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos. (LAECS)
- Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica (LFE)
- Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal (LOPD)
- Real Decreto 1720/2007 de Medidas de Seguridad (RDLOPD)
- ORDEN EHA/962/2007, de 10 de abril, por la que se desarrollan determinadas disposiciones sobre facturación telemática y conservación electrónica de facturas, contenidas en el Real Decreto 1496/2003, de 28 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regulan las obligaciones de facturación. (OEHA)
- Directiva 1999/93/CE del Parlamento Europeo y del consejo, de 13 de diciembre de 1999, por la que se establece un marco comunitario para la firma electrónica.

Autores: Manuel Gimbert, Responsable de Seguridad de la Información. Servicio Andaluz de Salud,
Francisco José Sánchez Laguna, Médico de Familia y Máster en Informática Sanitaria

Texto completo: (<http://about.me/fransanlag>)

- **Conclusiones y recomendaciones del seminario: Hacia una nueva medicina. Consejo genético.**

La Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano organizó el Seminario “Hacia una nueva medicina. Consejo genético”. Seguidamente, le transcribimos las conclusiones y recomendaciones del seminario redactadas por las personas que participaron en el mismo.

1. La medicina genética es una nueva realidad con una base tecnológica muy avanzada y en constante evolución, que tiene **implicaciones éticas y jurídicas sobre los pacientes, sus familias, los profesionales de la salud y las políticas sanitarias.**
2. El Derecho debe intervenir en su regulación de manera que se garanticen todos los derechos e intereses implicados. En España es **preciso el desarrollo reglamentario de las previsiones de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica (LIB)** con el objeto de asegurar el pleno respeto a la dignidad e identidad humanas y a los derechos inherentes a la persona (art. 1).
3. El consejo genético, como proceso que debe acompañar a la implantación de la medicina genética es una prestación sanitaria. Como tal, es preciso aplicar **unos criterios mínimos en su ofrecimiento que garanticen la igualdad** entre todos los ciudadanos. Si bien debido a la estructura competencial del Estado, serán inevitables ciertas **diferencias en su prestación entre las diferentes comunidades autónomas**, es aconsejable alcanzar una mayor coordinación de las regulaciones en esta materia y, en particular, del cribado genético pre- y postnatal. En cualquier caso, las necesidades de consejo genético deberán estar planificadas y disponibles desde el momento en que se inicie el programa de cribado.
4. Todos los análisis genéticos que se lleven a cabo en el contexto del diagnóstico y tratamiento de enfermedades, tanto en el ámbito público como en el privado, **deben practicarse únicamente cuando exista una indicación clínica. Los análisis genéticos que se realicen en otro contexto** (como los análisis exclusivamente de histocompatibilidad, análisis para identificación de personas en medicina forense, etc.), así como los **análisis que no ofrezcan datos con un componente hereditario** (como las mutaciones somáticas de los tumores) quedan fuera del proceso de consejo genético.
5. **No es adecuado que sea el propio ciudadano quien valore unilateralmente su sometimiento a un análisis genético**, sin un asesoramiento sobre sus consecuencias, o que reciba los resultados de dichos análisis sin contar con ayuda para interpretarlos. Toda prueba genética debe estar asociada con un consejo genético. Para que este criterio pueda

aplicarse de manera eficaz es precisa una **armonización internacional** de las normas que regulen los análisis genéticos.

6. Todos los análisis genéticos que se lleven a cabo en el contexto del diagnóstico y tratamiento de enfermedades, tanto en el ámbito público como en el privado, deben practicarse en el marco de un consejo genético adecuado: **con profesionales formados y en centros acreditados para la realización de las pruebas.** En este sentido es preciso que se concrete normativamente quiénes tienen el deber de prestar y el derecho a recibir el consejo genético y las condiciones básicas que debe reunir en los distintos supuestos: diagnóstico preconceptivo, preimplantatorio, prenatal, neonatal, pediátrico y de adultos.

7. Es preciso asegurar la formación por parte de los profesionales implicados en el proceso de consejo genético en diferentes niveles: una formación básica en la **troncalidad**, teniendo en cuenta el creciente conocimiento de las implicaciones genéticas para la medicina en general, en **formación especializada y en la formación continua.** Se debe garantizar por tanto que todos los médicos conozcan aspectos básicos en genética que les permiten reconocer la necesidad de referir al paciente al servicio correspondiente.

8. Es necesario tomar medidas organizativas que clarifiquen cuál es el “circuito del paciente” en el consejo genético. La incorporación del consejo genético como prestación supondrá necesariamente un impacto en la organización de los servicios sanitarios. Prueba de ello es la publicación de la Recomendación Rec(2010)11 del Consejo de Europa, *on the impact of genetics on the organisation of health care services and training of health professionals*. Según esta recomendación los **Servicios de Genética** (Genetic services) deben abarcar el diagnóstico clínico de enfermedades genéticas, el consejo genético y los análisis genéticos, deben procurar apoyo, cuidado y tratamiento a los pacientes y ocuparse también de sujetos sanos. Es preciso que se establezcan los mecanismos de colaboración entre todos los profesionales implicados para que el paciente reciba una atención integral y de calidad.

9. El médico responsable del paciente, función que se debe designar con claridad, garantizará la transmisión de la información y el seguimiento del mismo. Por regla general será el genetista clínico quien asuma esta función, si bien en ciertos casos podrá corresponder a otro especialista. En cualquiera de estos supuestos deberá asegurarse una eficiente colaboración entre todos los servicios y profesionales implicados.

10. El paciente debe recibir una información adecuada y suficiente de manera que comprenda las implicaciones personales, familiares y procreativas del análisis genético y las alternativas que se le presentarán tras conocer los resultados. Se debe informar también del grado de certeza del resultado y de las posibilidades de errores. Cumplir con estas previsiones es fundamental para no incurrir en eventuales responsabilidades jurídicas.

11. La información sobre las implicaciones de los resultados del análisis se transmitirá de forma clara y objetiva, ofreciendo al mismo tiempo orientación que sirva de ayuda para la toma de decisiones sin tratar de imponer el criterio de quien presta el consejo y respetando en todo caso el de la persona que lo recibe. El paciente debe estar en condiciones de distinguir entre la información de carácter técnico y aquella otra dirigida a ayudarle y orientarle en la toma de sus decisiones.

12. En el caso concreto del **diagnóstico prenatal** debe clarificarse el contenido específico de la información que se debe recibir antes y después del análisis, así como a quién se debe informar. En el Derecho español existe una amplia permisividad para incorporar los avances de la técnica en la prevención y tratamiento de las enfermedades genéticas. Estas previsiones normativas deberán ser compatibles con valores constitucionales tales como el de la protección de la vida humana en formación, la protección integral de los hijos y la asistencia de todo orden por sus padres, deberes que cobran mayor relevancia en la sociedad tecnológica de nuestros días.

13. En consejo genético la información que se obtiene puede tener implicaciones para la familia del paciente. En la medida en que así sea, el médico responsable recordará a su paciente la conveniencia de transmitir dicha información a los familiares, haciéndolo constar en la historia clínica a los efectos que procedan. **Aunque el profesional tiene el deber de secreto, podría estar justificada su ruptura en casos excepcionales**, cuando se trate de una enfermedad grave cuyo conocimiento permita adoptar medidas preventivas o terapéuticas y el paciente se niegue a transmitir la información pertinente a los familiares. Se deberá tener en cuenta el mecanismo concreto de la herencia y llegar a los familiares hasta un nivel de parentesco razonable que podría situarse en el segundo grado de consanguinidad. **Esta posibilidad no supone un deber para el personal sanitario.**

14. Los datos genéticos se deben incluir en la historia clínica de manera que los profesionales sanitarios puedan acceder a los mismos para prestar asistencia a los pacientes. Se deben analizar las posibilidades que ofrece la historia clínica electrónica y evaluar la oportunidad de establecer niveles de acceso en el caso de determinada información clínica. **El acceso por parte de los familiares o de los profesionales sanitarios a los datos del paciente fallecido o el análisis de sus muestras**, debe seguir el procedimiento previsto para el acceso a la historia clínica de familiares en general.

15. Es recomendable que las Administraciones sanitarias emprendan **campañas informativas** para que los ciudadanos tomen conciencia de las ventajas que supone esta prestación y de los derechos y obligaciones que acarrea.

16. Las **asociaciones de pacientes** desempeñan una labor fundamental de apoyo para los individuos y las familias, sobre todo en el ámbito de las enfermedades raras. Debe potenciarse su actividad y presencia pública. Se contará con ellas a la hora de definir la información que se deba transmitir en el consejo genético, y el modo de hacerlo.

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

- Oferta y especialidad de especialistas médicos en España (2010-2025)

Interesante informe, publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad sobre el estudio Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010-2025), en una actualización de los dos estudios presentados anteriormente (en 2007 y 2009).

Dicho estudio demuestra que en España la ratio crece en casi 40 facultativos desde el estudio anterior, habiendo en la actualidad 345 médicos por cada 100.000 habitantes, respecto de las especialidades, el Ministerio prevé que solo Pediatría, por la variación de nacimientos y la jubilación profesional, será deficitaria en los próximos años, aunque habrá que observar otras 16 especialidades que también se encuentran en esta tésitura. Medicina de Familia está en equilibrio, aunque dada la importante tasa de jubilaciones en el colectivo a partir de 2020 podrían observarse necesidades leves de especialistas. En este informe se llegan a conclusiones como que planificar la oferta de profesionales sanitarios a corto plazo es bastante inelástico, debido a que formar a especialistas lleva más de una década y adaptarse a los cambios aumentando sobre la marcha el número de profesionales disponibles resulta imposible, la necesidad de poner en marcha el registro de especialistas, que los instrumentos principales para la planificación eficaz de médicos es establecer un numerus clausus a las facultades y a las plazas MIR, así como incentivar las especialidades deficitarias.

Texto completo: <http://www.elmedicointeractivo.com/>

- Compromisos y exigencias de la profesión ante la crisis económica, de valores y de gobierno en el SNS.

La Organización colegial tras constatar los problemas que atenazan al SNS, la mayoría generados por el fenómeno de la descentralización política de las competencias sanitarias, y a los que habría que sumar los graves problemas económicos, quiere subrayar el importante papel que le toca jugar al médico y para ello hace una apuesta decidida por lo que ha dado en llamar “nuevo profesionalismo médico”, o lo que es lo mismo la asunción de un compromiso ante la sociedad en defensa de una serie de valores como la primacía de los principios éticos, garantías en la calidad asistencial, racionalizar las prestaciones, buen gobierno sanitario, reforzamiento de la ciudadanía sanitaria a la que hay que ofrecer más información y más espacios de participación y decisión, mejorar las competencias esenciales de los servicios públicos, y priorizar actuaciones en función de necesidades y resultados en salud.

A cambio, la OMC, en el marco de lo que parece un nuevo “contrato social” entre la clase médica y las autoridades políticas, piden un Pacto para revitalizar el SNS, que se establezca un modelo de gobierno sanitario, la creación de un sistema de información sanitaria del SNS interoperable, aplicación del principio de justicia en las innovaciones tecnológicas, mayor cohesión y coordinación de la política farmacéutica, redefinición del modelo retributivo que debe estar más ligado a los resultados y la calidad de la asistencia,

y por último un cambio en el modelo asistencial teniendo en cuenta para ello el tipo de enfermo que hoy día predomina -enfermo polimedicado y crónico.- y teniendo también presente la necesidad de establecer mecanismos para la mejora de las relaciones entre diferentes niveles.

Entre esta “oferta” de servicios a la comunidad, y las “contrapartidas ” solicitadas al poder político, la OMC se muestra crítica con los recortes que se están produciendo y así rechaza cualquier tipo de recorte en prevención y promoción de la salud, por que pueden tener consecuencias a medio y largo plazo en la salud individual y colectiva, y desde un punto de vista ético porque estos ajustes indiscriminados e irracionales van a recaer sobre los más pobres, los más débiles, ancianos y desfavorecidos.

Texto completo: <http://www.medicosypacientes.com>

- **Reedición y análisis del impacto normativo de los Documentos del OBD sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia y sobre la interrupción voluntaria del embarazo.**

El Observatorio de Bioética y Derecho (OBD) -con sede en el Parc Científic Barcelona- presenta un nuevo libro: «Reedición y análisis del impacto normativo de los Documentos del OBD sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia y sobre la interrupción voluntaria del embarazo». La obra analiza con detalle el notable impacto que el «Documento sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia» y el «Documento sobre la interrupción voluntaria del embarazo», elaborados por el Grupo de Opinión del OBD en el 2002 y en el 2008, respectivamente, han tenido en el contexto sanitario, social y normativo de nuestro país y reproduce, además, su contenido original.

El estudio demuestra que las recomendaciones establecidas en ambos documentos han sido acogidas, casi íntegramente, por la legislación estatal y autonómica, y constituyen actualmente derecho vigente.

Por una parte, las propuestas del "Documento sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia" se han reflejado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica, y en la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Por otra parte, las Conclusiones del "documento sobre la interrupción voluntaria del embarazo" han estado en buena parte integradas en el articulado de la Ley Orgánica 2 / 2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, e incluso el Preámbulo del Documento ha sido recogido por el legislador.

El hecho que el trabajo y la opinión de un grupo científico y académico haya tenido tal relevancia en la modificación de las leyes es extremadamente significativo, porque pone de manifiesto las estrechas implicaciones de las normas técnicas respecto de las jurídicas y otorga sentido al papel de los organismos científicos y técnicos en la elaboración de las leyes.

Éste es un fenómeno nuevo en el mundo del Derecho y que cada vez adquiere más importancia en el ámbito de la Bioética, donde los comités de ética -en cuanto que

comités técnicos- y los grupos científicos -como por ejemplo, el Observatorio de Bioética y Derecho- tienen una incidencia notable en la legislación.

Se trata, además, de la tercera vez que un análisis comparativo de este tipo permite acreditar que los resultados del trabajo del Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho son acogidos en la normativa estatal y en la autonómica; lo mismo sucedió con la reedición y el análisis del impacto normativo conseguido por los Documentos sobre reproducción asistida, de 2008, y la repercusión e impacto normativo de los Documentos sobre las voluntades anticipadas y sobre la eutanasia, publicado en 2010.

Texto completo: <http://www.pcb.ub.edu>

- Barómetro europeo de la financiación de la innovación 2011.

Alma Consulting Group, dirigido en España por Enmanuel Mielvaque, ha presentado las principales conclusiones de la Séptima Edición del Barómetro de Financiación de la Innovación, que contempla el análisis de 2.041 empresas innovadoras de nueve países, entre ellos España y en el que, como principal punto, se llama la atención sobre la importancia de la deducción fiscal para la promoción de las actividades de I+D.

Texto completo: <http://www.actasanitaria.com>

- Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud. 2009-2013

El Ministerio de Sanidad ha publicado la nueva Estrategia en Salud Mental para el 2009-2013, un documento en donde se recogen, de forma resumida, los resultados de la evaluación que, junto con la información sobre hallazgos técnicos y científicos publicados en los últimos años, ha permitido revisar la propuesta inicial de la Estrategia, modificar o suprimir algunos objetivos y añadir otros.

Texto completo: <http://www.actasanitaria.com>

FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

- Los comités de ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español

Este libro analiza la ordenación española de los comités de ética en investigación biomédica, aportando claridad y sistematización en un terreno complejo para el operador jurídico, para el investigador y para los miembros de comités de ética que deben evaluar proyectos de investigación.

Se trata de una obra que permite conocer, como complemento a la vertiente normativa, la historia de los comités de ética y las distintas iniciativas, redes y guías elaboradas en la materia por organizaciones y organismos internacionales que ostentan una posición de liderazgo en bioética y se centran en el desarrollo de procedimientos de trabajo para miembros de comités de ética, dando cuenta así de la tendencia internacional, ahora en ciernes, que marcará el futuro de los comités de ética y de la propia bioética.

Colección: Colecciones Civitas

Autoras: Itziar de Lecuona, María Casado (prologuista).

Más información: <http://www.aranzadi.es/>

- Vida, integridad personal y nuevos escenarios de la biomedicina.

Los avances experimentados por la ciencia y la tecnología en las últimas décadas han creado escenarios y generado expectativas que, hasta hace sólo unos años, resultaban sencillamente inimaginables; nuevos horizontes cuyas potencialidades e implicaciones, especialmente en todo aquello que concierne a las generalmente denominadas ciencias de la vida, sólo de modo muy parcial somos capaces de entrever y que, además, se proyectan y afectan a múltiples facetas de **nuestra** realidad. Avances, por otra parte, que irremediablemente se entrelazan con profundos cambios en los valores sociales y culturales imperantes. Estas cuestiones son especialmente palpables en todo aquello que atañe a la salud humana.

Autores: Arruego Rodríguez, Gonzalo

Editorial: Comares

Colección: Derecho y Ciencias de la Vida

Más información: <http://www.editorialcomares.com/TV/?loc=articulo&id=258>