



Nº 98- MARZO - 2013

Comité Editorial:

Vicente Lomas Hernández

Alberto Cuadrado Gómez

José Manuel Torres Estévez

S U M A R I O

ACTUALIDAD JURÍDICA

1. LEGISLACIÓN

ESTATAL:

-  Proyecto de Ley Orgánica 121/000042 de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva. [9](#)
-  Real Decreto 220/2013, de 22 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud, fijando el 31 de mayo de 2013 como fecha límite en el plazo de presentación de solicitudes de admisión de los aspirantes al título. [9](#)
-  Resolución de 19 de febrero de 2013, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, por la que se crea la Sede Electrónica de la Agencia Estatal «Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios» [9](#)
-  Resolución de 18 de febrero de 2013, de la Dirección General de Migraciones, por la que se prorroga el derecho a asistencia sanitaria para todos aquellos beneficiarios de prestación económica por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior que acreditasen esta condición a 31 de diciembre de 2012 [9](#)

S U M A R I O

-  Resolución de 19 de febrero de 2013, de la Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Bilateral de Cooperación Administración del Estado-Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco en relación con el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. [10](#)

AUTONOMICA:

Comunidad Foral de Navarra

-  Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra. [10](#)

Comunidad de Castilla La Mancha

-  Orden de 28/02/2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se convoca el proceso de integración en el régimen estatutario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha del personal transferido a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha en virtud del Decreto 162/2012 [10](#)
-  Resolución de 19/02/2013, de la Dirección General de Tributos y Ordenación del Juego, mediante la que se modifica el anexo I.A de la Orden de 08/10/2012, de la Consejería de Hacienda, por la que se aprueban los documentos de pago de tasas, precios públicos y otros ingresos, se establecen los órganos competentes y se regula el procedimiento de recaudación [10](#)

País Vasco.

-  Decreto 165/2013, de 19 de febrero, de creación del Consejo Vasco de Odontólogos y Estomatólogos - Odontologo eta EstomatologoenEuskalKontseilua. [11](#)

Principado de Asturias.

-  Resolución de 26 de febrero de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se establecen los criterios de cese del personal de la categoría de Médico de Familia con nombramiento estatutario que desempeñe plazas con carácter temporal en Instituciones Sanitarias dependientes del Servicio de Salud del Principado de Asturias, como consecuencia de la incorporación de personal estatutario fijo proveniente de los procesos selectivos convocados por distintas Resoluciones de 17 de diciembre de 2008, de la Viceconsejería de Modernización y recursos humanos [11](#)

Comunidad Autónoma de La Rioja.

-  Orden 2/2013, de 19 de febrero, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se regula el reintegro del exceso de aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria [11](#)

Comunidad Valenciana.

-  Decreto Ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica. [11](#)

Comunidad de Extremadura.

-  Decreto 24/2013, de 5 de marzo, por el que se modifica el Decreto 161/2006, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el calendario íntegro de vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura. [12](#)

Comunidad de Galicia

-  Decreto 41/2013, de 21 de febrero, por el que se establece la Estructura Orgánica de la Consellería de Sanidad. [12](#)
-  Decreto 43/2013, de 21 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud. [12](#)

Comunidad de Aragón.

-  Orden de 19 de febrero de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se crea el Sistema de Información de Enfermedades Raras y el Registro de Enfermedades Raras de la Comunidad Autónoma de Aragón. [12](#)

Islas Canarias

-  Orden de 21 de febrero de 2013, por la que se establecen las condiciones para proceder a la revisión de precios de determinados concertos sanitarios vigentes. Boletín Oficial Canarias 50/2013, de 13 de marzo de 2013. [12](#)
-  Resolución de 1 de febrero de 2013, de la Directora, por la que se modifica la cuantía de los precios públicos de servicios sanitarios previstos en el Decreto 81/2009, de 16 de junio, por el que se establecen los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud y se fijan sus cuantías [13](#)

Comunidad de las Islas Baleares

-  Instrucción 10/2013, de 20 de febrero, del director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares, por la que se determinan los criterios que rigen el procedimiento de reintegro de la prestación farmacéutica con cargo al Servicio de Salud [13](#)

Comunidad de Andalucía.

-  Orden de 12 de marzo de 2013, por la que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios. [13](#)
-  Orden de 12 de marzo de 2013, por la que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios Sociales. [13](#)

Comunidad de Cataluña.

-  Orden SLT/30/2013, de 20 de febrero, por la que se aprueban los precios públicos del Servicio Catalán de la Salud. [13](#)

Comunidad de Madrid.

-  Orden 199/2013, de 22 de marzo, del Consejero de Sanidad, por la que se aprueba el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud. [14](#)

Región de Murcia.

-  Resolución de 15 de marzo de 2013 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, sobre las condiciones económicas aplicables a la prestación de servicios concertados de asistencia sanitaria en el ámbito de la Región de Murcia. [14](#)

2. CUESTIONES DE INTERÉS

PERSONAL:

- ☛ Plan de Ordenación de Recursos Humanos y Potestad Organizativa. STS [15](#)
- ☛ Cese Jefe de Servicio Asistencial. STSJ CLM. [16](#)
- ☛ Cese de Personal estatutario eventual. SJC-A. [16](#)

CONTRATACIÓN PÚBLICA

- ☛ Subsanación de defectos. STJUE [17](#)
- ☛ Confidencialidad y Transparencia Administrativa en la Contratación Pública. Informe de la JCCA de Aragón. [18](#)
- ☛ Modificación de las condiciones fijadas en Acuerdo Marco. Informe de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de la Comunidad de Aragón [19](#)

REINTEGRO DE GASTOS.

- ☛ Mutualista perteneciente a Muface que ha optado por el régimen de la Seguridad Social para recibir asistencia sanitaria. STSJ Galicia. [20](#)

PROFESIONES SANITARIAS.

- ☛ Neurofisiología y Neurología. Competencias Profesionales. STS [20](#)
- ☛ Competencias Profesionales: Enfermería Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar y Comunitaria. [21](#)

RESPONSABILIDAD SANITARIA.

- ☛ Responsabilidad Sanitaria y Vacunación. STS [22](#)
- ☛ Limitaciones de la Ciencia Médica. STS. [22](#)
- ☛ Cuantificación importe de la indemnización. STS [23](#)

S U M A R I O

PRESTACIONES SANITARIAS.

- ☛ Prestación Ortoprotésica . STSJ CLM. [23](#)
- ☛ Tratamientos de Reproducción Humana Asistida. S Juzgado de lo Social. Murcia [24](#)

FARMACIA Y MEDICAMENTOS.

- ☛ Adquisición directa de medicamentos de uso hospitalario por centros sanitarios no hospitalarios. STS [25](#)

SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

- ☛ Tasa Sanitaria Autonómica. STC [25](#)
- ☛ Inconstitucionalidad del RD-Ley 16/2012. Dictamen emitido por el Consell de Garantías Estatutarias de Cataluña [27](#)

INTIMIDAD/ PROTECCIÓN DE DATOS.

- ☛ Sustracción de historias clínicas abandonadas en la playa. Resolución de la Agencia Española de Protección de Datos. [31](#)

S U M A R I O

3. NOTICIAS DE INTERES

- ☛ El SESCAM logra reducir la espera en los seis hospitales de la provincia de Ciudad Real. [32](#)
- ☛ El Servicio Navarro de Salud podría multar a 95 sanitarios por entrar a una historia clínica. [32](#)
- ☛ El SESCAM inicia un proyecto de intervención precoz en pacientes con trastornos psicóticos. [32](#)
- ☛ Bloque de noticias sobre Seguridad de Pacientes. [33](#)
- ☛ Bloque de noticias sobre Enfermedades Raras. [34](#)
- ☛ La Audiencia condena a un médico y a una clínica de Palma a abonar 235.000 euros a una madre por un aborto fallido. [35](#)
- ☛ Tráfico insta al médico a denunciar a enfermos que no puedan conducir. [35](#)
- ☛ El primer centro privado holandés para eutanasia tiene lista de espera [35](#)
- ☛ La formación en Bioética pasa por tutorizar la práctica diaria [35](#)

4. FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

- 📖 Derecho Internacional y Biotecnología. [36](#)
- ☛ Congreso de la Asociación de Juristas de la Salud. [36](#)
- ☛ XV Congreso de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios y Seguridad del Paciente se celebrará en la hermosa ciudad de Santiago de Compostela. [36](#)

BIOÉTICA y SANIDAD

1. CUESTIONES DE INTERÉS

-  Informe elaborado por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la OMC sobre las posibles contradicciones que puede tener el RD-Ley 16/2012 con la Ética y la Deontología [37](#)
-  “Bioderecho, Genética y Derechos Humanos”. Análisis de los alcances jurídicos del Bioderecho Europeo y su posible aplicación en Estados Unidos como fuente de Derechos Humanos de cuarta generación [38](#)
-  Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en Neonatología. Grupo de trabajo de Ética de la Sociedad Española de Neonatología [38](#)
-  Informe sobre discapacidad “El Tiempo de los Derechos” [39](#)
-  Nuevos desafíos para la inclusión de la Diversidad Funcional. [41](#)

2. FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

-  “Bioética. Aspectos ético-legales en la actividad asistencial”. Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Puertollano. [42](#)
-  Aspectos Bioéticos, Jurídicos y Médicos de la Discapacidad. [42](#)
-  Resolución de 18 de febrero de 2013, de la Universidad de Granada, por la que se publica el plan de estudios de Máster en Derecho Sanitario , Bioética y Derecho a la Salud. [43](#)
-  Premios a trabajos de investigación sobre bioética en bachillerato [43](#)
-  Investigación con muestras biológicas, información y consentimiento informado e intervención de los Comités Éticos de Investigación [43](#)
-  Carol Gilligan, en las VI Conferencias Josep Egozcue. dedicará las conferencias a hablar de la ética del cuidado. [43](#)
-  Actualizaciones en Bioética. Fundación Ciencias de la Salud [44](#)

ACTUALIDAD JURÍDICA

LEGISLACIÓN

LEGISLACIÓN ESTATAL

- Proyecto de ley orgánica 121/000042 de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva.
 - o B.O.C.G núm. 42-1, de 15 de marzo. de 2013
- Real Decreto 220/2013, de 22 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud, fijando el 31 de mayo de 2013 como fecha límite en el plazo de presentación de solicitudes de admisión de los aspirantes al título.
 - o B.O.E. núm. 71, de 23 de marzo de 2013
- Resolución de 19 de febrero de 2013, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, por la que se crea la Sede Electrónica de la Agencia Estatal «Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios».
 - o B.O.E. núm. 57, de 07 de marzo de 2013
- Resolución de 18 de febrero de 2013, de la Dirección General de Migraciones, por la que se prorroga el derecho a asistencia sanitaria para todos aquellos beneficiarios de prestación económica por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior que acreditasen esta condición a 31 de diciembre de 2012.
 - o B.O.E. núm. 57, de 07 de marzo de 2013

- Resolución de 19 de febrero de 2013, de la Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Bilateral de Cooperación Administración del Estado-Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco en relación con el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
 - o B.O.E. núm. 56, de 06 de marzo de 2013

LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

Comunidad Foral de Navarra.

- Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra.
 - o B.O.N. núm. 43, de 04 de marzo de 2013

Comunidad de Castilla La Mancha

- Orden de 28/02/2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se convoca el proceso de integración en el régimen estatutario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha del personal transferido a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha en virtud del Decreto 162/2012
 - o D.O.C.M núm. 44, de 04 de marzo de 2013.
- Resolución de 19/02/2013, de la Dirección General de Tributos y Ordenación del Juego, mediante la que se modifica el anexo I.A de la Orden de 08/10/2012, de la Consejería de Hacienda, por la que se aprueban los documentos de pago de tasas, precios públicos y otros ingresos, se establecen los órganos competentes y se regula el procedimiento de recaudación.

Conforme a lo previsto en el apartado b) del artículo 6 de la mencionada Orden, la Secretaría General del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha ha propuesto la modificación del Anexo I.A que incluye los Recursos a recaudar con los modelos 046 y 050

- o D.O.C.M núm. 43, de 01 de marzo de 2013.

País Vasco.

- Decreto 165/2013, de 19 de febrero, de creación del Consejo Vasco de Odontólogos y Estomatólogos - Odontologo eta Estomatologoen Euskal Kontseilua.
 - o B.O.P.V núm. 41, de 27 de febrero de 2013.

Principado de Asturias.

- Resolución de 26 de febrero de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se establecen los criterios de cese del personal de la categoría de Médico de Familia con nombramiento estatutario que desempeñe plazas con carácter temporal en Instituciones Sanitarias dependientes del Servicio de Salud del Principado de Asturias, como consecuencia de la incorporación de personal estatutario fijo proveniente de los procesos selectivos convocados por distintas Resoluciones de 17 de diciembre de 2008, de la Viceconsejería de Modernización y recursos humanos.
 - o B.O.P.A núm. 51, de 02 de marzo de 2013.
 - o B.O.P.A núm. 302, de 31 de diciembre de 2008.

La Rioja.

- Orden 2/2013, de 19 de febrero, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se regula el reintegro del exceso de aportación en la prestación farmacéutica ambulatoria
 - o B.O.R núm. 25, de 22 de febrero de 2013.

Comunidad Valenciana.

- Decreto Ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica.
 - o D.O.C.V núm. 6978 , de 05 de marzo de 2013.

Comunidad de Extremadura.

- Decreto 24/2013, de 5 de marzo, por el que se modifica el Decreto 161/2006, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el calendario íntegro de vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
 - o D.O.E. núm. 49, de 12 de marzo de 2012.

Comunidad de Galicia

- Decreto 41/2013, de 21 de febrero, por el que se establece la Estructura Orgánica de la Consellería de Sanidad.
 - o B.O.G núm. 46, de 06 de marzo de 2013.
- Decreto 43/2013, de 21 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud.
 - o B.O.G núm. 47, de 07 de marzo de 2013

Comunidad de Aragón.

- Orden de 19 de febrero de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se crea el Sistema de Información de Enfermedades Raras y el Registro de Enfermedades Raras de la Comunidad Autónoma de Aragón.
 - o B.O.A núm. 53, de 15 de marzo de 2013.

Islas Canarias

- Orden de 21 de febrero de 2013, por la que se establecen las condiciones para proceder a la revisión de precios de determinados conciertos sanitarios vigentes. Boletín Oficial Canarias 50/2013, de 13 de marzo de 2013.
 - o D.O.C. núm. 50, de 07 de marzo de 2013

- Resolución de 1 de febrero de 2013, de la Directora, por la que se modifica la cuantía de los precios públicos de servicios sanitarios previstos en el Decreto 81/2009, de 16 de junio, por el que se establecen los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud y se fijan sus cuantías.
 - o D.O.C. núm. 51, de 14 de marzo de 2013.

Comunidad de Las Islas Baleares

- Instrucción 10/2013, de 20 de febrero, del director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares, por la que se determinan los criterios que rigen el procedimiento de reintegro de la prestación farmacéutica con cargo al Servicio de Salud
 - o B.O.I.B. núm. 32, de 07 de marzo de 2013.

Comunidad de Andalucía.

- Orden de 12 de marzo de 2013, por la que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios
 - o B.O.J.A núm. 54, de 19 de marzo de 2013.
- Orden de 12 de marzo de 2013, por la que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios Sociales.
 - o B.O.J.A núm. 54, de 19 de marzo de 2013.

Comunidad de Cataluña.

- Orden SLT/30/2013, de 20 de febrero, por la que se aprueban los precios públicos del Servicio Catalán de la Salud.
 - o D.O.G.C núm. 6323, de 26 de febrero de 2013.

Comunidad de Madrid.

- Orden 199/2013, de 22 de marzo, del Consejero de Sanidad, por la que se aprueba el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud.
 - o B.O.C.M núm. 71, de 25 de marzo de 2013.

Región de Murcia

- Resolución de 15 de marzo de 2013 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, sobre las condiciones económicas aplicables a la prestación de servicios concertados de asistencia sanitaria en el ámbito de la Región de Murcia.
 - o B.O.R.M núm. 69, de 25 de marzo de 2013.

CUESTIONES DE INTERÉS

PERSONAL:

- Plan de Ordenación de Recursos Humanos y Potestad Organizativa.

Sentencia del TS de 13 de noviembre de 2012 rec 5887/2012

Se interpone recurso de casación por el Sindicato Médico Profesional de Asturias contra la Sentencia del TSJ de Asturias que desestimaba el recurso contencioso-administrativo interpuesto contra el Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se aprueba el Plan de Ordenación de RRHH del Principado de Asturias.

El primer motivo en el que se funda el recurso es la falta de cuantificación numérica y concreta, distribuida por categorías, de los efectivos de personal que en un futuro resultarán precisos para cumplir los objetivos fijados.

La Sala no comparte la tesis del Sindicato ya que las necesidades asistenciales y sanitarias son variables y por tanto, sujetas a cambios, “una concreción tan absolutamente como la que reclama el Sindicato provocaría un efecto nada deseable y contrario al objetivo que debe perseguir este instrumento de planificación global de los recursos humanos”.

En segundo lugar, el Sindicato cuestiona la medida prevista en el Plan con la que se pretende resolver las dificultades de cobertura de plazas en centros hospitalarios periféricos. Para ello, el Plan incorpora un criterio de promoción geográfica que posibilite que los profesionales que llevan algún tiempo ejerciendo sus funciones en Áreas Sanitarias de la periferia puedan gozar de cierta preferencia para acercarse a las próximas a la capital.

A juicio del Tribunal estamos ante una medida que se ubica en el ámbito de la potestad de autoorganización con la que cuenta la Administración para cuyo ejercicio dispone de un amplio margen de discrecionalidad.

El Sindicato también cuestiona la opción del sistema de libre designación para la provisión de las Jefaturas y mandos intermedios, y es aquí donde sí encuentran respuesta satisfactoria la pretensión de la organización sindical.

Como señala la Sentencia “no es asumible la previsión genérica que contiene el Plan configurando como libre designación, con carácter general e indiscriminado, los puestos de trabajo referidos a Jefaturas y mandos intermedios”.

Por último, el sindicato manifiesta su discrepancia con la regulación contenida en el Plan sobre la prolongación del servicio activo con posterioridad a la edad de jubilación forzosa. El Plan admite la prolongación en aquéllos supuestos en que la Dirección Gerencia del Servicio de Salud aprecie, de manera justificada, carencia de profesionales con la cualificación y competencias requeridas.

El Tribunal no aprecia ilegalidad alguna por entender que la redacción del Plan nos remite a unas circunstancias objetivas que puede conocer el interesado y que le proporcionan elementos ciertos que permitan la tutela judicial correspondiente.

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

- Cese Jefe de Servicio.

Sentencia del TSJ de Castilla-La Mancha de 1 de Octubre de 2012

Asumir la responsabilidad del servicio de farmacia hospitalaria en un centro sanitario público por parte de un farmacéutico, personal estatutario, no comporta necesariamente que haya de ocupar el puesto de jefe de servicio, aún cuando quede acreditado que en diversas ocasiones otros titulares de otros puestos de trabajo del propio hospital se dirijan al interesado en calidad de “jefe de servicio”.

Como establece la Sala, la legislación regional sobre ordenación farmacéutica no impone a la Administración que dicho servicio de farmacia hospitalaria haya de configurarse orgánicamente teniendo al frente a un empleado público que además de farmacéutico ocupe el puesto de “Jefe de Servicio”, sino que lo verdaderamente relevante es comprobar si la plantilla orgánica del hospital tiene o no creado el puesto de trabajo de Jefatura de Servicio, y en el caso de no existir sería materialmente imposible efectuar dicho nombramiento sin incurrir en vicio de nulidad de pleno derecho.

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

- Cese de Personal estatutario eventual

Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 1 de Cuenca

Un ATS con plaza en propiedad estuvo prestando servicios como médico de urgencias, primero por el turno de promoción interna temporal y después como médico interino. Durante todo ese tiempo percibió los trienios correspondientes conforme al grupo B.

¿Procede reconocer, a efectos de trienios futuros, el período de servicios prestados para la Administración como médico interino cuando dicho período ya se le había reconocido como personal estatutario de Grupo B?

La sentencia recurrida parte de la distinción conceptual entre “trienio” y “servicios previos”, y en base a esta distinción considera que el empleado público tiene derecho a que le sean computados a efectos de sus futuros trienios como médico, los servicios prestados con carácter interino en el Grupo A por aplicación de la Ley 70/78.

El TS desestima el recurso de casación en interés de ley interpuesto por la Administración por apreciar la falta del requisito del grave daño al interés general.

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

CONTRATACIÓN PÚBLICA

- Subsanación de defectos

Sentencia del TJUE de 20 de marzo de 2012

Se cuestiona si un poder adjudicador puede rechazar una oferta en el marco de un procedimiento restringido por haber incumplido el pliego de condiciones sin haber solicitado previamente al candidato que explicara esa deficiencia, o bien por un motivo basado en el carácter anormalmente bajo de la oferta, sin haber interrogado con suficiente claridad al candidato sobre este punto.

Sobre la primera cuestión, resulta evidente a tenor de la redacción del artículo 55 de la Directiva 2004/18, que antes de rechazar la oferta el poder adjudicador deberá solicitar por escrito las precisiones que considere oportunas sobre la composición de la oferta, de modo que la existencia de un debate contradictorio constituye una exigencia de la Directiva.

En relación con la segunda cuestión, la Directiva, a diferencia del caso anterior, no contiene previsión alguna, si bien, teniendo en cuenta que estamos ante un procedimiento restringido, que implica que ya ha habido una selección de candidatos, y que presentada la oferta, no cabe la posibilidad de modificación, pedir aclaraciones entraña el riesgo de que se considere que el poder adjudicador ha negociado confidencialmente con el interesado su oferta.

Sin embargo es cierto que el artículo 2 de la Directiva no se opone a que los datos de la oferta puedan corregirse o completarse de manera puntual porque sea evidente que requieran una mera aclaración o para subsanar errores materiales manifiestos, y a condición de que esa modificación no equivalga a proponer en realidad una nueva oferta.

En tal caso, el TJUE añade que la petición de aclaración no puede formularse hasta que el poder adjudicador haya tomado conocimiento de la totalidad de las ofertas.

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

- Confidencialidad y Transparencia Administrativa en la Contratación Pública.

Informe 15/2012, de 19 de septiembre de la JCCA de Aragón

Las tensiones entre el carácter confidencial de la información aportada por los licitadores y, por otra parte, el derecho de acceso de los interesados a los documentos incorporados al expediente, se ponen de manifiesto en el presente informe.

La Junta considera que en estos conflictos hay que realizar una ponderación, la confidencialidad no puede abarcar la totalidad de la información aportada por el licitador, ni la transparencia suponer el reconocimiento de un derecho de acceso ilimitado a los documentos incorporados al expediente.

En primer término, la Junta considera que el carácter secreto de las proposiciones se desvanece tras el momento de la licitación pública, pero:

- a) ¿En qué momento se va a poder ejercer el derecho de acceso?
- b) ¿Por parte de quién?
- c) ¿Qué extensión tendrá ese derecho de acceso?
- d) ¿Cómo se articula el procedimiento para facilitar el acceso?

Respecto a la primera interrogante, la respuesta sería a partir del momento en que se tenga por finalizado el procedimiento (aplicación supletoria de la Ley 30/1992 y art. 37 del mencionado texto legal), lo que se produce cuando se notifica la adjudicación, sin perjuicio de que para otros participantes pueda anticiparse ese momento, como sucedería en el caso de licitadores respecto de actos de trámite cualificados que les impidan continuar en el procedimiento.

En cuanto a quién, pues no solo a los que hayan participado en la licitación, sino a todas las personas que sean titulares de derechos o intereses legítimos, pudiendo acceder no solo a la documentación aportada por el adjudicatario, sino también a la aportada por el resto de los licitadores.

Los interesados que lo deseen deberán solicitar el acceso anticipadamente y concretar los documentos que desean consultar. Se podrán tomar notas pero no se entregará copia de lo presentado, y en todo caso, la Administración debe separar toda aquella información que fuese confidencial.

Pero, ¿quién determina qué información de la oferta es o no confidencial?

Los pliegos y por supuesto, también el licitador aunque éste no podrá considerar como tal todos los documentos que haya aportado ya que de lo contrario se impediría a los licitadores ejercer su legítimo derecho de acceso.

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

- **Modificación de las condiciones fijadas en Acuerdo Marco. Informe de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de la Comunidad de Aragón**

Informe 6/2012, de 7 de marzo

El Acuerdo Marco sobre servicio de limpieza en los centros de la Administración Pública de la Comunidad de Aragón, establece que en el caso en que no se reciban ofertas de las empresas por no estar éstas interesadas en su prestación, la Administración podrá concertar el servicio de forma obligatoria con las empresas a los precios unitarios máximos, y se establecerá un turno de oficio por lote entre las empresas homologadas para cubrir dichos servicios.

En dicha Comunidad, el Gobierno ha reducido hasta en un 75% las horas de limpieza diarias, lo que ha provocado que las empresas homologadas no presenten ofertas al tener que subrogarse como empleadoras de los trabajadores adscritos al servicio de limpieza.

Las cuestiones suscitadas son dos:

a) Si en un nuevo contrato derivado del Acuerdo Marco y con menos horas de limpieza resulta de aplicación la mencionada cláusula de subrogación de personal recogida en el Acuerdo marco.

b) Si las empresas invitadas a la licitación- todas las del Acuerdo marco- quedan vinculadas en ausencia de ofertas, a la aplicación de la cláusula que prevé un turno rotatorio para el caso en que quede desierto un contrato derivado.

Respecto a la primera cuestión, la Junta Consultiva considera, sobre la base de la STJUE de 2011, Asunto C-463/09 ya comentada en ocasiones anteriores y publicada en números anteriores del boletín de derecho sanitario y bioética- viene a decir que para que opere la subrogación de personal es preciso que la entidad económica en cuestión mantenga su identidad tras el cambio de titular-, que no se puede entender que se haya mantenido la identidad ya que se ha producido una importante reducción del objeto de la prestación, y por tanto, no resultaría exigible la obligación de subrogación aún cuando sí esté prevista en el Convenio Colectivo.

Por lo que se refiere a la segunda de las cuestiones suscitadas, la Junta entiende que la obligación que asumieron las empresas licitadoras en el Acuerdo Marco lo fue en el contexto propio de licitación de dicho Acuerdo, pero no en el contexto actual marcado por una alteración de las circunstancias de dicho Acuerdo que suponen una notable reducción del objeto.

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

REINTEGRO DE GASTOS.

- **Mutualista perteneciente a Muface que ha optado por el régimen de la Seguridad Social**

Sentencia del TSJ de Galicia de 20 de septiembre de 2012 rec 4271/2012.

Mutualista perteneciente a Muface que ha optado por el régimen de la Seguridad Social, y que recibe tratamiento ambulatorio, farmacéutico, sin ingreso en un hospital del Servicio de Salud.

El Complejo hospitalario reclama a Muface el importe de dicha asistencia sanitaria por entender que el concierto para la prestación de atención sanitaria suscrito entre el INSS, la TGSS y MUFACE de 1985 excluye la prestación farmacéutica salvo que ésta se dispense en régimen de internamiento hospitalario.

El TSJ desestima el recurso de apelación interpuesto por el letrado del Sergas ya que considera que ha de entenderse comprendida dentro de esta forma de financiación toda la asistencia incluida la farmacéutica, ya sea con o sin internamiento hospitalario, y que quién ha de financiarlo es la respectiva Comunidad Autónoma que es lo que prevé la Ley 21/2001, sin que por tanto se pueda considerar en este caso a MUFACE como tercero obligado al pago.

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

PROFESIONES SANITARIAS.

- **Neurofisiología y Neurología. Competencias Profesionales**

Sentencia de 21 de diciembre de 2012, rec 59/2012

La Sociedad Española de Neurofisiología sostiene en su recurso que las pruebas neurofisiológicas que se llevan a cabo en los centros y hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco deben realizarse exclusivamente por especialistas con el título propio en la especialidad de Neurofisiología, y que ésta constituye una especialidad distinta de la Neurología a la que le corresponde realizar las pruebas de exploración funcional del sistema nervioso central y periférico.

La Sala, invocando el principio de unidad de doctrina y de seguridad jurídica se adhiere a la decisión adoptada en la STS de 17 de julio de 2012, en el sentido de negar que haya incumplimiento alguno por parte de la Comunidad Autónoma vasca en permitir que las pruebas neurofisiológicas se practiquen en los hospitales públicos por neurólogos.

En concreto , la Sala afirma que estamos ante la regulación propia de la profesión sanitaria cuya competencia corresponde al Estado, sin que pueda deducirse de la normativa vigente que exista la exclusividad invocada por la recurrente. “No existe norma alguna que sustente la pretensión de la actora excluyendo a los neurólogos para la ejecución de pruebas fisiológicas sin una previa modificación de la profesión médica sanitaria por parte de la Administración del Estado en ejercicio de sus competencias determinando el programa formativo, sus objetivos y las competencias y exigiendo que en todos los hospitales públicos exista una Unidad de Neurofisiología para la ejecución de pruebas neurofisiológicas, si existe Unidad de Neurología”.

Resulta curioso que dos años antes el TS, en Sentencia de 15 de marzo de 2010 sí que estimó el recurso interpuesto por esta misma Sociedad contra la Comunidad de Madrid, si bien en este caso dicha estimación fue consecuencia de los efectos del doble silencio negativo en los casos en que se interpuso recurso administrativo de alzada.

En nuestra Comunidad Autónoma la Sociedad Española de Neurofisiología también recurrió ante los Tribunales que este tipo de pruebas se estuvieran llevando a cabo en nuestros hospitales por neurólogos en lugar de neurofisiólogos clínicos.

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

- Competencias Profesionales: Enfermería Familiar y Comunitaria

Sentencia del TS de 11 de diciembre de 2012 nº rec 829/2012

Se impugna por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos la Orden por la que se aprobó y publicó el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. El argumento es el mismo que se repite en otros recursos similares, si los programas formativos de enfermería pueden incluir o no la competencia y capacidad para diagnosticar enfermedades.

El TS siguiendo el mismo razonamiento que en resoluciones anteriores, desestima el recurso por entender que la Orden impugnada ciñe su contenido a la formación especializada, y no supone por tanto regulación de la profesión y de las competencias de los profesionales de la salud.

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

RESPONSABILIDAD SANITARIA.

- Responsabilidad Sanitaria y Vacunación

Sentencia del TS de 12 de septiembre de 2012

No queda acreditada la relación de causalidad entre la aplicación de una niño de cuatro años de edad de la vacuna contra la varicela (Varilix) y la cerebelitis que posteriormente desarrolló el menor, sin que se pueda considerar que la actuación del médico resulte contraria a la lex artis por el hecho de que la propia vacuna advierta que no debe suministrarse de forma rutinaria a menores de trece años, ya que también es verdad que las indicaciones que acompañan a la vacuna señala que ésta pueda administrarse a niños con edades comprendidas entre 1 y 12 años si tienen riesgo de sufrir complicaciones severas en caso de sufrir la enfermedad. En este caso en concreto, el niño tenía antecedentes de “dermatitis atópica”, y por tanto la actuación del médico ha de considerarse ajustada a la lex artis.

Sobre el consentimiento informado, el Supremo rescata la distinción entre medicina satisfactiva y medicina curativa, para, a continuación, suavizar el alcance del consentimiento informado por entender que la administración de la vacuna contra la varicela es un acto de medicina curativa- no satisfactiva- y por tanto el consentimiento no tiene que alcanzar a riesgos no típicos (tanto por su frecuencia como por el hecho de no ser específicos del tratamiento aplicado), como es el caso de la cerebelitis postvacunal.

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

- Limitaciones de la Ciencia Médica.

Sentencia del TS de 17 de septiembre de 2012

Parto vaginal en el que se hace preciso el uso del fórceps. El bebé se le diagnostica infarto cerebral, sin que se pueda apreciar la existencia de nexos causal entre el uso de este instrumento médico y la lesión neurológica del bebé a la luz de los numerosos informes periciales, y sin que tampoco queda estimar la pretensión de la familia por la vía de la aplicación de la teoría del daño desproporcionado, ya que el mismo entra dentro de una esfera posible que se ha de evitar (en relación con el sufrimiento fetal) pero que no es posible en todos los casos. En palabras del TS "la ciencia médica no tiene respuestas, aún, para todas las patologías, porqué ocurren y cuál es su causa".

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

- **Cuantificación importe de la Indemnización.**

Sentencia del TS de 6 de noviembre de 2012, rec 2354/2011

La cuestión suscitada afecta a la cuantificación del importe de la indemnización que procede abonar a los padres de un menor de edad tras haberse declarado mediante Sentencia la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por la hipoacusia severa bilateral sufrida por el menor como consecuencia de la administración de la vacuna “triple vírica”.

La Sentencia fija en 35.000 euros, el importe de la indemnización atendiendo para ello al nivel de minusvalía que padece el menor de edad -33%- y la dificultad que supone para el aprendizaje cotidiano, y en especial, en el de la música que venía ejercitando.

La parte recurrente considera que la simple alusión a la minusvalía y a las dificultades de aprendizaje del menor no permiten saber a qué conceptos responde la cuantía fijada en sentencia.

Por el contrario, el TS no consiera que se haya cuantificado la indemnización de manera inmotivada ni arbitraria, pues dentro de la imposibilidad de valorar los daños morales, la Sala “a quo” tomó dos criterios válidos para fijar una cifra.

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

PRESTACIONES SANITARIAS.

- **Prestación Ortoprotésica.**

Sentencia dictada por el TSJ de Castilla-La Mancha de fecha 9 de julio de 2012

Sentencia de la Sala de lo Social, sobre reintegro de gastos por la adquisición de un casco ortoprotésico para plagiocefalia, en concreto una órtesis craneal remodeladora para impedir el crecimiento irregular del cráneo.

La Sentencia condena al Sescam a reintegrar las cantidades solicitadas pese a existir un informe elaborado en el año 2009 por el Instituto de Salud Carlos III sobre la conveniencia o no de “incluir” en la cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Salud este tipo de productos, y en el que a juicio de este organismo público, responsable de evaluar la eficacia y eficiencia de las tecnologías sanitarias, estos productos no forman parte del catálogo propio de la prestación ortoprotésica, aconsejando incluso que no se incluya por no existir suficiente evidencia científica sobre su utilidad terapéutica, ya que:

Se trata de una prótesis que se viene concediendo regularmente. Es más, en este caso la actora, madre de gemelos, se le reconoció judicialmente respecto de una prótesis similar para uno de sus hijos, como susceptible de ser incluida dentro de las contempladas en el RD 1030/2006, por lo que dice la Sala “no existen razones de peso que conduzcan a adoptar una solución distinta para el segundo de sus hijos.

Resulta determinante el hecho de que sean los propios facultativos especialistas en neurología del Sistema Nacional de Salud los que prescriban su uso.

Cualquier actualización de la cartera de servicios, requiere que se lleve a cabo a través de una Orden del Ministerio, sin que sea suficiente un mero informe de la citada Comisión.

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

- **Tratamientos de Reproducción Humana Asistida**

Sentencia del Juzgado de lo Social nº 8 de Murcia

El Juzgado de lo Social número 8 de Murcia ha estimado que una paciente reciba un segundo ciclo de FIV (fecundación in Vitro) con diagnóstico previo preimplantacional.

Dentro de la cartera de servicios de la sanidad pública, la demandante recibió un primer ciclo a principio de 2009 de fecundación in vitro con diagnóstico previo preimplantacional por ser portadora de una enfermedad genética, en concreto una distrofia muscular de Becker. Éste primer intento resultó fallido, por lo que en octubre de ese mismo año fue incluida en lista de espera para segundo ciclo de FIV+DGP.

Sin embargo en marzo de 2010 la paciente recibió notificación de que la habían sacado de la lista de espera debido a que estaba incluida en la misma debido a un error, ya que el nuevo pliego de prestaciones limitaba los ciclos de este tipo de tratamiento a uno (antes se hacían hasta tres).

La afectada presentó reclamación ya que la Ley de Reproducción Asistida no limita el número de veces que se pueden realizar los ciclos sino que simplemente se remite a que haya posibilidades razonables de éxito, y además que se aplicará el diagnóstico preimplantacional para la detección de enfermedades hereditarias graves, de aparición precoz y no susceptibles de tratamiento en la actualidad. El Servicio Murciano de Salud no estimó la reclamación.

La afectada interpuso demanda y la Sentencia estima su pretensión por entender (como ya lo venía haciendo el Defensor del Pueblo) que para limitar los servicios de la cartera de la sanidad pública no son válidos protocolos internos carentes de valor normativo, sino que se requiere al menos la previa publicación en el boletín oficial.

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

FARMACIA/MEDICAMENTOS.

- **Adquisición directa de medicamentos de uso hospitalario por centros sanitarios no hospitalarios.**

STS de 4 de Diciembre de 2012 n °rec 5733/2011

El Director de Farmacia del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco aprueba una Resolución por la que autoriza la adquisición directa de medicamentos de uso hospitalario a centros sanitarios no hospitalarios que carecen de servicios farmacéuticos, y que sin embargo tienen la necesidad de utilizar medicamentos de dispensación bajo prescripción médica restringida.

La Administración vasca considera que el artículo 2.5 de la LGURM presta cobertura para que se pueda efectuar dicha autorización. Por el contrario, el TSJ del País Vasco subraya que la aplicación del mencionado precepto legal está supeditada a que se dicte el correspondiente desarrollo reglamentario, sin que se pueda considerar como tal las previsiones recogidas en el art. 24 del RD 1345/2007.

Este mismo criterio es compartido por el TS al afirmar que el citado precepto legal, sin ese complemento reglamentario, no puede ser por sí sola la norma jurídica que habilite para el ejercicio de una serie de competencias que, por otra parte, exceden del marco competencial del País Vasco, cuyas competencias son de “ejecución” de la legislación del Estado sobre productos farmacéuticos.

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

SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

- **Tasa Sanitaria Autonómica.**

Sentencia del TC 136/2012, de 19 de junio. B.O.E de 9 de julio de 2012

La manzana de la discordia son dos artículos de la Ley de las Cortes Valencianas, de 22 de diciembre de 2008, los artículos 14 y 15 que modifican el Decreto-Legislativo por el que se aprueba la Ley de tasas de la Generalitat.

El problema estriba en la supuesta invasión de competencias del Estado por parte de la CCAA al establecer una tasa que recae sobre la asistencia sanitaria cuando se presta por los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma a un determinado grupo de contribuyentes, como son los asegurados y beneficiarios pertenecientes a MUFACE, MUGEJU e ISAFAS, y que hayan optado por recibir dicha prestación de la red sanitaria del SNS.

En primer lugar habría que determinar el marco conceptual y competencial específico que podría resultar afectado, si el de Sanidad o el de SS. Pues bien, conforme a lo que ya dijera el TC en su sentencia 98/2004 “a pesar de la indiscutible vinculación entre la protección de la salud y el sistema público de SS, que dentro de su acción protectora incluye la asistencia sanitaria de sus beneficiarios (...) no cabe subsumir la materia cuestionada en el art. 149.1.17 de la CE (...) y ello resulta avalado porque la descentralización de la gestión de los servicios sanitarios y el traspaso de servicios y funciones efectuada por la AGE a las CCAA se ha visto acompañado de una nueva forma de financiación de la asistencia sanitaria (...) que se ha integrado en el sistema general de financiación autonómica”.

En este otro caso, es cierto que el mutualismo administrativo constituye uno de los regímenes especiales de SS, y por tanto sí existe una conexión con el régimen económico de la SS, pero “el centro de la controversia no radica en el sistema de financiación del mutualismo administrativo, sino en la sujeción a una tasa de la asistencia sanitaria...”

Por este motivo, el TC pasa a analizar el significado que reviste en la doctrina constitucional la competencia “bases y coordinación general de la sanidad”, así como el reflejo normativo actual que ha tenido el ejercicio por el Estado de estas competencias constitucionales.

Así, cabe entender que tanto el artículo 2 e) de la Ley de Calidad y Cohesión del SNS -que establece la garantía de financiación pública del sistema- como el artículo 3- que define las personas aseguradas- y los artículos 7 y 8 que recogen las diferentes modalidades de prestaciones sanitarias, constituyen normas básicas, constituyen un común denominador normativo dirigido a asegurar, de manera unitaria y en condiciones de igualdad, el acceso a la sanidad.

A la luz de las consideraciones anteriores, sí se puede cuestionar el establecimiento de esta tasa, pues como ya ha quedado expuesto, el sistema sanitario se financia mediante impuestos y no mediante la contribución del usuario.

Precisamente la tasa en cuestión, que recae sobre el conjunto de las prestaciones sanitarias que conforman la cartera común del SNS, no se puede asimilar a un supuesto de copago- establecido para la subcartera común suplementaria y accesoria- , lo que implicaría que el prestatario aportase un % del coste.

Por tanto la tasa autonómica recae sobre prestaciones sanitarias, que de acuerdo con el marco legal estatal, deberían estar cubiertas de forma completa y exclusiva por la financiación pública para sus beneficiarios, entre los que deben incluirse los mutualistas que opten por la asistencia sanitaria pública.

Precisamente, antes de la controvertida modificación de la Ley de tasas valenciana, existía un inciso que decía respecto de la exigencia del pago de esta tasa a los mutualistas “cuando no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria del SNS”. Así pues, se ha invadido la competencia estatal del art. 149.1.16 CE.

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

- Inconstitucionalidad del Real Decreto-Ley 16/2012.

Dictamen 6/2012, de 1 de junio, del Consell de Garantías Estatutarias de Cataluña

En primer lugar el Consell analiza la conformidad del RD-Ley a los requisitos constitucionales de acuerdo con el art. 86 de la CE.

Sobre la extraordinaria necesidad, ésta se refiere a situaciones de gravedad, imprevisibilidad o relevancia que requieran aprobación inmediata.

En este caso las medidas articuladas por el RD-Ley son congruentes con la situación de crisis, y aunque no concurre la nota de imprevisibilidad, en cambio la concurrencia de la gravedad o relevancia sí son suficientes para legitimar la aprobación del decreto ley.

El segundo requisito es el de la urgencia, en el sentido de que estas medidas no puedan ser aprobadas mediante el procedimiento legislativo correspondiente. Aquí, considero que el Gobierno no aporta motivación sobre las razones que imposibilitan la consecución de la eficacia de las medidas pretendidas mediante su tramitación y aprobación parlamentarias.

Además, dado que la implantación del nuevo sistema sanitario se demora en más de cuatro meses, una alternativa hubiera sido que por la vía de urgencia, se debatieran con la participación de los grupos parlamentarios la modificación del sistema legal. En cambio la situación se agrava ya que no se acordó la tramitación como proyecto de ley, privando a las Cortes de la oportunidad de enmendar el texto enmendado del Decreto-Ley.

Sobre las materias excluidas según el art. 86, el Consell analiza en primer término la naturaleza del derecho del art. 43.1, y considera que no es un derecho subjetivo constitucional, y por tanto no vulnera el artículo 86 de la CE.

Ahora bien este principio rector no quiere decir que se trate de una mera norma programática, sino que este precepto ordena a los poderes públicos que proceda a regular un sistema que provea con carácter universal las prestaciones y servicios sanitarios (STC 98/2004). El desarrollo es una facultad del legislador.

Así pues no puede confundirse el derecho al acceso universal al sistema de salud pública con el derecho al régimen de las prestaciones sanitarias gratuitas. El alcance y la graduación de la gratuidad dependerá de la regulación que en cada momento histórico o temporal apruebe el legislador. En definitiva, que el legislador dispone de una amplia libertad para modular la acción protectora del sistema sanitario (SSTC 65/87, 37/94, 78/2004) así como sobre la sostenibilidad del sistema sanitario público, que impone a los poderes públicos la necesidad de adoptar las medidas de racionalización del gasto sanitario que sean necesarias

En nuestro país el legislador ha optado por un sistema que se sustenta en la conexión entre la cotización a la SS y el derecho a recibir prestaciones sanitarias (hasta la financiación vía impuestos año 2000), y un acceso supeditado a la necesidad de disponer de un título

jurídico que acredite a la persona como usuaria del servicio. En definitiva que no se ha llegado a romper el vínculo entre la SS y el SNS.

En este contexto la regulación actual de la condición de asegurado se enmarca y forma parte de la libertad de la que goza el legislador.

Tampoco critica el establecimiento de la limitación por razón de la edad fijada en 26 años, pero si en cambio el desigual tratamiento que se da a las personas que, por el mero hecho de tener vínculos familiares con el asegurado conservan el derecho a la asistencia sanitaria, de aquellos otros que solo la tienen por la vía de los ingresos, ya que en este caso, de superar el umbral de rentas fijado reglamentariamente, la consecuencia es la exclusión del sistema, para quienes se omite la previsión explícita de la asistencia sanitaria mínima en caso de urgencia, a causa de accidente o enfermedad grave, para los ciudadanos residentes que superen este umbral, y por el contrario, sí que se garantiza a las personas extranjeras en situación de residencia irregular.

No se considera contrario al art. 14 de la CE la pervivencia del mutualismo administrativo, como tampoco el trato recibido por los inmigrantes irregulares, a los que no se les excluye de la cobertura sanitaria, sino que ésta se limita a las urgencias en los supuestos de enfermedad grave o accidente.

Esta opción es legítima conforme a la doctrina del TC, que recuerda que la universalización de la gratuidad en las prestaciones y los servicios sanitarios no se deriva imperativamente ni de manera inmediata de la CE, y que el artículo modificado de la LO 4/2000, no tiene naturaleza orgánica.

Por lo que se refiere a la nueva regulación de la cartera de servicios y prestaciones, vuelve a traer a colación la legítima libertad de configuración del legislador con relación a las condiciones y términos e acceso a las prestaciones sanitarias y gratuitas.

Sobre la vulneración del art. 18.4 por la cesión de información tributaria para hacer posible el cálculo del porcentaje de aportación económica de los usuarios respecto de las prestaciones de la cartera común de servicios sin contar con el consentimiento del interesado, se recuerda que esta opción es factible ya que el art. 11 de LOPD prevé el supuesto excepcional de comunicación de datos sin la necesidad de contar con el consentimiento del interesado cuando la cesión se a autorizada por una ley.

Sobre la posible invasión de competencias, el Conselle considera prevalente el título competencial de sanidad reproduciendo los argumentos del TC en sentencia 98/2004 que afirma que la asistencia sanitaria en todas sus vertientes prestaciones se integra en el concepto material sanidad interior y no en materia de seguridad social.

A partir de ahí desgrana el significado de las “bases” y la coordinación general de la sanidad.

Por lo que se refiere a otros apartados de la Ley, como las medidas en materia de recursos humanos, el título competencial afectado es diferente.

Así, respecto de la formación especializada en áreas de capacitación específica y la acreditación de centros y unidades docentes para la formación de especialistas no es el 149.1.30 ya que como ha señalado la STC 1/2011 la formación continua de los profesionales sanitarios se proyecta sobre profesionales que ya disponen de titulación académica, por lo que las medidas incluidas en el RD-Ley no forman parte del sistema educativo.

Respecto de las medidas que afectan al personal funcionario/estatutario, considera que los títulos afectados pueden ser dos, el 149.1.18 pero también el de la sanidad, de modo que el Estado no puede afectar a las peculiaridades organizativas de los servicios.

Se considera inconstitucional la asunción por parte del INSS de las competencias en materia de reconocimiento y control de la condición de asegurado, que comportaría una limitación de las competencias de la Generalitat que, ya aprobó la Ley 21/2010.

Una vez que han quedado determinados los requisitos para tener la condición de asegurado, los trámites administrativos subsiguientes para su reconocimiento y control son meras funciones ejecutivas que deberían recaer sobre la CCAA, y por tanto la cesión de datos personales que ahora se contempla, debiera tener como destinatario no al INSS/ISM, sino a la propia Comunidad Autónoma.

MEDICAMENTOS

Inconstitucional:

- 1.- Fijación de una regla según la cual en caso de igualdad de precio debe darse un tipo de medicamento u otro no puede tener la consideración de básica al no concurrir el requisito de constituir un elemento esencial o nuclear de la regulación.
- 2.- Reservas singulares. No se considera constitucional la prohibición expresa salvo casos justificados por sus mismas particularidades, de que las CCAA puedan establecer de forma unilateral este tipo de reservas. De este modo, se admite implícitamente que estas reservas no constituyen un aspecto que deba considerarse esencial y nuclear.
- 3.- Servicio de Farmacia Hospitalaria. El RD-Ley contempla que la Administración pueda eximir de este requisito si se dispone de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia del hospital público de referencia, lo que vulnera las competencias de ordenación farmacéutica.

No vulnera la CE la regulación de las áreas de capacitación específica, pero sí la atribución al Ministerio de las competencias para la resolución de las solicitudes de acreditación de centros y unidades docentes y también su revocación.

Inconstitucional lo de los sanitarios locales ya que la modificación del estatus de un determinado colectivo como éste tiene un impacto claramente organizativo que el Estado impone unilateralmente a las CCAA sin dejar margen para decidir sobre la procedencia de esta integración.

Nada se dice sobre el personal de cupo y zona, ya que se trata de una medida de repercusión retributiva, y por tanto dentro de las competencias básicas del Estado, pero considera que una medida de estas características debiera haber sido acordada en el seno de la Comisión de RRHH.

Sobre la supresión del complemento de pensión de jubilación y las restricciones a la acción social a los que alcancen la edad de jubilación, establece que esta derogación no tiene una incidencia en los efectos jurídicos ya producidos en situaciones anteriores, sino que solo incide en los derechos respecto de su proyección futura.

Se considera inconstitucional que sea la ONT otorgar la autorización administrativa previa para actividades de promoción y publicidad de la donación y obtención de células y tejidos humanos cuando estas actividades superen el ámbito territorial de la CCAA.

La introducción de un nuevo modelo de copago no supone una duplicidad impositiva tras la aprobación en Cataluña de la tasa que grava actos preparatorios y servicios accesorios de mejora para la prescripción y dispensación de medicamentos, ya que son dos instituciones de naturaleza diferente, y además que la aportación a la prestación farmacéutica ambulatoria participa de la naturaleza de ventas sometidas al régimen de derecho privado y en las que el usuario de la sanidad paga la parte del precio no financiada por presupuesto público

VOTO PARTICULAR EN RELACIÓN CON LA PRIVACIÓN DE AS A INMIGRANTES IRREGULARES PERO EMPADRONADOS.

La limitación de derechos debe ajustarse al principio de proporcionalidad para que sea legítima, y la EM del RD-Ley no explica la razón para privar de protección de la salud a las personas empadronadas en un municipio que no tengan autorización de residencia.

La medida no es idónea, ya que si lo que se pretende es contener el gasto, nada se dice al respecto, pero es que tampoco parece ser eficaz para alcanzar ese objetivo ya que si lo que se pretende es evitar abusos se podría mejorar la técnica del empadronamiento, y no es proporcional ya que el perjuicio para la salud de los interesados que se puede producir, y los citados inconvenientes como el peligro para la salud pública de la sociedad, al margen de los perjuicios para la gestión de las urgencias médicas auténticas.

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

INTIMIDAD/ PROTECCIÓN DE DATOS.

- Sustracción de historias clínicas abandonadas en playa.

Resolución de la Agencia Española de Protección de Datos R/ 03100/2012

En septiembre de 2011 aparecen abandonados en la playa de Navia documentos con datos de pacientes hospitalizados en el Hospital de Jarrio. El alcalde de Navia informó al Director Médico del hospital del hallazgo y algún medio de comunicación se puso en contacto con ellos para preguntar por los hechos.

El equipo directivo presentó una denuncia en la Guardia Civil. Tras una serie de gestiones, una auxiliar de enfermería asume que ha sido ella quién ha extraído los documentos del Servicio de Farmacia, los ha sacado del hospital y se los ha llevado tanto a su domicilio como a la playa.

Los hechos declarados probados son constitutivos de dos infracciones: infracción de los artículos 9 y 10 de la LOPD.

Infracción del art. 9 de la LOPD, por cuanto se deduce que el Servicio de Salud en su calidad de responsable del tratamiento de los datos de salud contenidos en las historias clínicas de sus pacientes, debió adoptar las medidas necesarias para impedir cualquier acceso a la información de carácter personal que contenía dicha documentación.

La AEPD no toma en consideración la alegación realizada por la Administración de que no puede ser responsable administrativo de los actos ilegales que cometen sus trabajadores, ya que la LOPD es muy clara a este respecto al atribuir la condición de responsables de las infracciones a los responsables de los ficheros.

Por lo que respecta la vulneración del art. 10 de la LOPD, ese deber de secreto comporta que el Servicio de Salud del Principado de Asturias, Hospital de Jarrio, es responsable de las historias clínicas de los pacientes tratados en él, y no puede revelar ni dar a conocer su contenido a terceros salvo con consentimiento expreso de los afectados.

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

NOTICIAS

- **El SESCAM logra reducir la espera en los seis hospitales de la provincia de Ciudad Real.**

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, SESCAM, asegura que, gracias al plan normalizador que ha puesto en marcha, se ha conseguido reducir en los últimos meses el tiempo medio de espera de los pacientes en sus seis hospitales, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Manzanares, Tomelloso, Puertollano y Valdepeñas, tanto para ser operados, como para ser atendidos en consulta o realizarse una prueba diagnóstica

Fuente: actasanitaria.com

- **Salud podría multar a 95 sanitarios por entrar a una historia clínica.**

El departamento de Salud va a "repercutir la multa a la que fue condenado el SNS" en los profesionales que accedieron a una historia clínica de forma indebida

Fuente: diariodenavarra.es

- **El SESCAM inicia un proyecto de intervención precoz en pacientes con trastornos psicóticos**

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) ha iniciado en el área de salud de Toledo un proyecto de mejora para la intervención precoz en primeros episodios psicóticos, para lo que se ha constituido un grupo de trabajo integrado por profesionales de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo, de la que dependen un total de treinta centros de salud, y del Servicio de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Toledo.

Fuente: actasanitaria.com

- Seguridad de Pacientes:

a) Sanidad de Valencia trabaja en un Sistema de Notificación de Incidencias y Eventos Adversos.

La Consejería de Sanidad de Valencia trabaja en la implantación, en todos los departamentos de salud de la Comunidad, de un Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos, SINEA, según informó el secretario autonómico de Sanidad, Manuel Escolano, durante la inauguración de la Jornada Gestión de la Seguridad del Paciente, organizada por AENOR.

Fuente: actasanitaria.com

b) Sólo se notifican el 2% de los errores en medicación

Un estudio realizado en la Universidad John Hopkins de Baltimore, Estados Unidos, ha analizado las 840.000 notificaciones voluntarias sobre errores en la prescripción de medicamentos, recogidas en 570 hospitales americanos entre 1999 y 2005, de las que sólo se notificaron un 2 por ciento.

La información tranquilizadora es que en el 98 por ciento de los casos los errores no tuvieron consecuencias para el paciente

Fuente: diariomedico.com

c) Enfermería velará por la seguridad del paciente en los centros sanitarios

En una reunión organizada por el Consejo General de Enfermería, se anunció la puesta en marcha de una plataforma web donde enfermeros y pacientes podrán denunciar los servicios asistenciales que vulneren las ratios enfermera paciente establecidas por el Ministerio de Sanidad; además, los Colegios de Enfermería vigilarán de oficio que no se traspasen unas líneas rojas en la asistencia y actuarán de forma contundente, incluyendo la vía judicial

Fuente: actasanitaria.com

d) Cataluña mejora la seguridad de los pacientes con un nuevo sistema de gestión de incidentes asistenciales

En una reunión organizada por el Consejo General de Enfermería, se anunció la puesta en marcha de una plataforma web donde enfermeros y pacientes podrán denunciar los servicios asistenciales que vulneren las ratios enfermera paciente establecidas por el Ministerio de Sanidad; además, los Colegios de Enfermería vigilarán de oficio que no se traspasen unas líneas rojas en la asistencia y actuarán de forma contundente, incluyendo la vía judicial

Fuente: actasanitaria.com

e) Un estudio de EEUU liga los errores de primaria al tiempo de consulta

Un estudio realizado en los Estados Unidos y publicado por el diario de la American Medical Association, JAMA, ha relacionado los errores de diagnóstico que se producen en atención primaria con la cada vez más escasa duración de las visitas

Fuente: diariomedico.com

f) El Consejo General Médico podría sancionar a los gestores del escándalo sanitario de Staffordshire

La investigación recaba las quejas de enfermeras y médicos que denuncian las presiones a las que fueron sometidos por los gestores de los hospitales para alcanzar los objetivos de reducción del gasto, aunque ello implicara poner en riesgo la salud de los pacientes, según ha destapado el diario británico The Sunday Telegraph

Fuente: medicosypacientes.com

- Enfermedades raras:

a) El PSOE pide al Gobierno la exención del copago para los pacientes con enfermedades raras

Fuente: medicosypacientes.com

b) Médicos, farmacéuticos y padres abogan por una mayor implicación social en enfermedades raras.

En una rueda de prensa organizada en Barcelona por Novartis, con motivo de la celebración del Día Mundial de las Enfermedades Raras, médicos, farmacéuticos y padres de niños enfermos recalcaron la importancia de alcanzar una mayor implicación social e institucional en torno a estas patologías. Por ello, sus reivindicaciones se centraron en torno a las ayudas sociales y la financiación para la investigación.

Fuente: actasanitaria.com

- **La Audiencia condena a un médico y a una clínica de Palma a abonar 235.000 euros a una madre por un aborto fallido**

La Audiencia Provincial de Baleares ha confirmado la sentencia que condenaba en primera instancia a un médico y a una clínica de Palma a indemnizar a una madre tras haberle practicado un aborto que resultó fallido, si bien reduce la cantidad decretada inicialmente -420.000 euros- a un total de 235.000 euros: 115.000 por daños morales y 120.000 por gastos asistenciales y necesarios.

Fuente: europapress.es

- **Tráfico insta al médico a denunciar a enfermos que no puedan conducir**

La directora de Tráfico, María Seguí, ha anunciado que la DGT lleva semanas "trabajando con diferentes colectivos" para mejorar la comunicación entre los médicos y las Jefaturas Provinciales de Tráfico.

Fuente: diariomedico.com

- **El primer centro privado holandés para eutanasia tiene lista de espera.**

La Levensidekliniek (en español, Clínica para Morir), la primera institución privada holandesa dedicada a la eutanasia, practicada hasta ahora solo en la medicina pública, lleva un año abierta y tiene ya una lista de espera de 200 personas

Fuente: elpais.com

- **La formación en Bioética pasa por tutorizar la práctica diaria**

La Fundación Ciencias de la Salud, que preside el profesor Diego Gracia y patrocina GlaxoSmithKline (GSK), ha puesto en marcha un programa de formación continuada en Bioética, que consiste en hacer tutorías sobre los dilemas éticos que los profesionales sanitarios tienen que resolver en su trabajo diario.

Fuente: diariomedico.com

FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

- Derecho Internacional y Biotecnología.

La presente obra desarrolla una respuesta jurídica clara a estos problemas legales; una respuesta que combina los clásicos recursos del Derecho internacional, con los modernos instrumentos conceptuales que brinda la teoría de relaciones internacionales. Propone un mecanismo que facilita la solución integral de las controversias transversales en materia de biotecnología e identifica en la función judicial internacional, el espacio donde conjugar eficientemente los instrumentos desarrollados en el texto.

Autor: Luciano M. Donadio Linares

ISBN: 978-84-470-4034-6

Editorial: Civitas

Número de Edición: 1

Fecha Edición: 10/10/2012

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

- Congreso de la Asociación de Juristas de la Salud.

TOLEDO, 5,6 Y 7 DE JUNIO DE 2013

Lugar de celebración: Fábrica de Armas de Toledo.

Más información: www.ajs.es

- XV Congreso de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios y Seguridad del Paciente.

“Últimos progresos en Seguridad del Paciente” es la materia que impregna los contenidos que estamos preparando con mucha ilusión y dedicación desde los Comités. Compartir los avances en la Seguridad del Paciente nos permitirá mejorar en la senda de la calidad, elemento consustancial a los Sistemas Sanitarios que, si bien es cierto que en la última década han crecido de manera exponencial, no es menos cierto que este crecimiento debe ir acompañado de las actuaciones adecuadas tendentes a la minoración de los efectos no deseados en el marco de la atención sanitaria

Santiago de Compostela. 11, 12 y 13 de abril del 2013.

Más información: www.15congresoaegris.com

BIOÉTICA y SANIDAD

CUESTIONES DE INTERÉS

- Informe elaborado por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la OMC sobre las posibles contradicciones que puede tener el RD-Ley 16/2012 con la Ética y la Deontología

Este informe recoge las reflexiones realizadas por la Comisión Deontológica de la OMC tras la aprobación del RD-Ley 16/2012, que, a juicio del referido órgano colegiado presenta dos graves inconvenientes:

- a) Hay medidas que no van a comportar ahorro alguno para el sistema, sino más bien todo lo contrario, un incremento del gasto sanitario.
- b) Son numerosas las medidas cuya aplicación va a suponer un conflicto ético-deontológico para el profesional sanitario, que no puede dejar de atender a un paciente que había venido recibiendo asistencia por procesos crónicos.

A partir de estas consideraciones, la Comisión enumera los preceptos del Código de Deontología Médica que podrían verse afectados por la entrada en vigor del RD_Ley, como son los preceptos destinados a :

- a) Garantizar la atención médica que precise el enfermo (art. 5.2, 6.1)
- b) Subrayar el compromiso del profesional con una atención sanitaria de calidad (art. 7.2, 23 y 45.1)
- c) Destacar el deber de los médicos de prestar una atención sanitaria eficaz con un rendimiento óptimo de los medios.
- d) Resaltar la importancia de la continuidad asistencial, que tan solo puede quebrarse si se no existe la necesaria confianza entre el médico y el paciente.
- e) Contemplar los deberes de los médicos que asumen cargos directivos en instituciones sanitarias, que deben evitar que se ofrezcan servicios sanitarios sin la debida dotación de medios humanos y materiales.

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

- **“Bioderecho, Genética y Derechos Humanos”. Análisis de los alcances jurídicos del Bioderecho Europeo y su posible aplicación en Estados Unidos como fuente de Derechos Humanos de cuarta generación.**

Revista de Filosofía, Derecho y Política, nº 17, enero de 2013. Erick Valdés

El trabajo publicado en la Revista de Filosofía, Derecho y Política del mes de Enero de 2013, resalta la importancia que adquiere el bioderecho como referente válido para deliberar en torno a la viabilidad legal de los avances en biotecnología, y evitar que los temas jurídicamente controvertidos que se suscitan en el campo de la biomedicina se aborden desde la perspectiva demasiado general del derecho tradicional.

Un buen ejemplo de lo constituye el caso protagonizado por el ciudadano John Moore, que vivía en Alaska y había sido tratado por una extraña clase de leucemia. Su médico le había extraído, sin su consentimiento, tejido del bazo con el que había creado una línea celular a partir de sus linfocitos. En 1984 se concedió la patente al referido doctor sobre la estirpe celular, lo que le reportó ingresos millonarios como resultado de los acuerdos comerciales con dos empresas de biotecnología.

El Tribunal de California sentenció que el Sr. Moore tenía los derechos sobre su propio cuerpo y que debía acceder a la parte proporcional de las ganancias generadas. La Corte de apelación dictó una sentencia distinta, ya que señaló que no se puede comercializar con ninguna de las partes del cuerpo humano. No obstante sí reconoció el derecho del enfermo a ser indemnizado por el concepto de mala práctica médica ya que el facultativo no le había informado acerca del uso de sus células y Moore no había tenido la posibilidad de aceptar o rechazar dicho uso.

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

- **Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en Neonatología. Grupo de trabajo de Ética de la Sociedad Española de Neonatología.**

El artículo pone de manifiesto la importancia que revisten los cuidados paliativos en los enfermos neonatales y los retos éticos que plantea la limitación del esfuerzo terapéutico ante este tipo de enfermos, a saber básicamente dos:

- a) La limitación del tratamiento como posible causa de muerte del paciente.
- b) Valorar si iniciar o retirar un tratamiento de soporte vital son o no actos diferentes desde un punto de vista ético.

Se considera que son pacientes susceptibles de limitación del esfuerzo terapéutico, los niños nacidos en el límite de viabilidad (edad gestacional inferior a las 24 semanas), anomalías congénitas incompatibles con la vida, o los niños que pueden llegar a sobrevivir con dependencia permanente de soporte vital invasivo.

Desde el punto de vista jurídico se considera que estamos ante una práctica ajustada a la *lex artis*, y por ende exenta de responsabilidad jurídica, cuando el tratamiento no va a ser eficaz, y en el caso de tratarse de medidas de soporte vital cuando lo que se pretenda con este tipo de medidas es aplazar la muerte o prolongar la agonía de una vida en situaciones límite.

Respecto a la forma que debe revestir el consentimiento informado, el artículo se hace eco de la discrepancia doctrinal existente al respecto y así, mientras que el Observatorio de Bioética y Derecho en su documento “limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de neonatología” del año 2009, recomienda la forma escrita, por el contrario el Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos lo desaconseja.

Otros aspectos que se abordan en este documento que merecen ser destacados son la gestión de los posibles conflictos surgidos a raíz del desacuerdo entre los padres y los profesionales, la importancia que reviste el concepto de calidad de vida en el proceso de toma de decisiones ante este tipo de pacientes, o cómo deben actuar los profesionales cuando tras la retirada del tratamiento el niño no fallece.

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

- Informe sobre discapacidad elaborado dentro del Programa “El Tiempo de los Derechos”.

El presente Informe elaborado dentro del Programa “El Tiempo de los derechos”, Consolider- Ingenio 2010, por el Instituto de Derechos Humanos “Bartolomé de las Casas” en el marco del Proyecto “Estudio, implementación y seguimiento sobre Capacidad Jurídica de la CDPD en los ordenamientos jurídicos locales” coordinado por la Red Iberoamericana de Expertos en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Los autores de este informe consideran insuficientes las modificaciones introducidas en nuestro Ordenamiento Jurídico por la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Por este motivo plantean importantes modificaciones legislativas, y en particular en el ámbito de la legislación sanitaria y de aquellas disposiciones relacionadas con este ámbito, como es el caso del artículo 763 de la LEC, precepto que entienden debería ser suprimido o en su caso modificado con el fin de sustituir el término internamiento (que parece aludir a una sanción por el ingreso), así como eliminar la referencia al trastorno psíquico definiendo igualmente en términos neutrales las situaciones en las que puede considerarse justificado el ingreso no consentido.

Otras disposiciones legales objeto de estudio son:

a) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Se propone suprimir el artículo 5.2 e implementar medidas de apoyo para garantizar la accesibilidad de la información recibida, así como eliminar algunos términos como "incapacitación".

La modificación de los numerales 2,3 y 5 del artículo 8, ya que en todos ellos se repiten las formas de expresar el consentimiento, ya sea escrito o verbal, de este modo se excluye a las personas que se comunican a través de un lenguaje distinto al sistema tradicional, como por ejemplo, las personas sordas que no pueden comunicarse a través del lenguaje verbal.

El artículo 9.2 b), que debiera ser derogado toda vez que está diseñado sobre la base del modelo de sustitución. Asimismo también proponen la modificación del apartado 4 ya que se podría inferir que prácticas tales como la IVE o los trasplantes estarían establecidas solo para quienes gocen de capacidad legal plena. Si esto es así, sería una cuestión que resultaría claramente discriminatoria, toda vez que la norma estaría efectuando una distinción arbitraria, sin que mediase ningún tipo de justificación.. Como propuesta, plantean una nueva redacción que señale que las personas que lo precisen contarán con los apoyos necesarios para el ejercicio de su renuncia a recibir información así como para prestar su consentimiento.

El artículo 3, también debiera ser objeto de reformulación para ajustar la definición del consentimiento informado y de la libertad de elección a lo dispuesto en la Convención.

El artículo 11, que consideran contrario a los términos de la Convención, ya que la Ley exige para otorgar el testamento vital que la declaración de voluntad y su posterior retractación, sea realizada por mayores de edad, que sean plenamente capaces y en lenguaje escrito. Estas circunstancias previstas en los apartados 2 y 4 del artículo 11, son incompatibles con la Convención, o al menos así lo consideran los autores del estudio.

b) La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, artículos 12, 13, 14 y 15, por considerar que se deben facilitar los apoyos necesarios para el ejercicio de este derecho (IVE) en condiciones de igualdad, y por supuesto por considerar que el denominado "aborto eugenésico" redundaría en la discriminación por motivos de discapacidad, ya que entienden que ésta se concibe como una cuestión de salud/enfermedad y de incompatibilidad con una vida digna.

c) Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, artículos 4 y 6.

Consideran innecesaria la exigencia de gozar de plenas capacidades mentales, lo que puede resultar discriminatoria contra las personas con discapacidad, y por que aún se continúa haciendo referencia a la figura del incapaz y considera que en este caso el consentimiento debe ser prestado por sus representantes legales.

d) La Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, artículos 4, 13, 15 y 20.

Entre las disposiciones reglamentarias que también debieran ser objeto de modificación, destaca el 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos (art. 10), el RD 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, artículos 2, 3, 5, 6 y 7, o el RD 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

Texto completo: <http://www.uc3m.es>

- Nuevos desafíos para la inclusión de la Diversidad Funcional.

La autora de este trabajo es miembro del Comité de Ética Asistencial (CEA), del Hospital Nacional de Paraplégicos, pone de manifiesto en este artículo la necesidad de dar conocer "otro punto de vista" dentro del pensamiento bioético, como es el de las personas con discapacidad funcional. Para ello se hace preciso incluir entre los miembros de los distintos comités de ética (asistenciales y de investigación, de ámbito nacional, autonómico u hospitalario) representantes de esta reciente corriente de pensamiento que se ha dado en llamar "Bioética desde la diversidad funcional".

Texto completo: <http://www.forovidaindependiente.org>

FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

- **“Bioética. Aspectos ético-legales en la actividad asistencial”. Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Puertollano.**

Publicación realizada por el Comité de Ética Asistencial del Área Integrada de Salud de Puertollano en colaboración con la Diputación Provincial de Ciudad Real, que aborda buena parte de las cuestiones más relevantes y habituales que se suscitan en la práctica clínica combinando para ello el análisis ético y jurídico.

El libro está estructurado en nueve capítulos en los que se abordan cuestiones actuales como la eutanasia y el suicidio asistido o la conspiración del silencio en pacientes en últimas fases de la vida.

En definitiva una excelente iniciativa que muestra la inquietud y el interés de nuestros profesionales sanitarios por la bioética. Nuestro agradecimiento al C.E.A. de la Gerencia de Puertollano y a su Presidente, Alfonso Noblejas León-Azori.

- Autores:** Comité de ética asistencial- Área de salud de Puertollano
- Editorial :** Diputación de Ciudad Real.
- Edición / año:** 1º Ed. 2012
- Nº de paginas:** 448

Más información: www.dipucr.es

- **Aspectos Bioéticos, Jurídicos y Médicos de la Discapacidad.**

Abellán F, Amor JR, Arnau S, Domingo A, Feito L, Giaquinta MA, Rivas J, Roch I, Ruíz S, Triviño R (Grupo de trabajo del Seminario de Investigación Bioética. UCM) (2012): «Bioética, discapacidad y diversidad funcional», en Sánchez-Caro, J y Abellán, F (Coords.) (2012): Aspectos bioéticos, jurídicos y médicos de la discapacidad, Madrid: Fundación Salud 2000

Más información: www.fundacionsalud200.com

- Resolución de 18 de febrero de 2013, de la Universidad de Granada, por la que se publica el plan de estudios de Máster en Derecho Sanitario , Bioética y Derecho a la Salud

Más información: www.boe.es

- Premios a trabajos de investigación sobre bioética en bachillerato

Año: 2012-2013

Finalización presentación trabajos: 30 mayo 2013

Más información: www.fundaciongrifols.org

- Investigación con muestras biológicas, información y consentimiento informado e intervención de los Comités Éticos de Investigación

Centro de Investigación
Biomédica de Aragón
Avda. San Juan Bosco, 13
Zaragoza
Salón de Actos
11 de abril de 2013

Más información: www.institutoche.es

- Carol Gilligan, en las VI Conferencias Josep Egozcue. dedicará las conferencias a hablar de la ética del cuidado.

La sexta edición de las Conferencias Josep Egozcue tendrá como ponente invitada a Carol Gilligan. Filósofa, psicóloga y feminista, es catedrática de Humanidades y Psicología Aplicada de la Universidad de Nueva York.

Barcelona, 17 y 18 de abril

17 de abril, de 18 a 21 h. "Daño moral y ética del cuidado".

18 de abril, de 18 a 20:30 h. "Resistir a la injusticia: una ética feminista del cuidado".

Más información: www.fundaciongrifols.org

- Actualizaciones en Bioética. Fundación Ciencias de la Salud

Programa de formación continuada, consistente en la supervisión y tutoría de las personas que llevan a cabo actividades de Bioética en sus distintos centros e instituciones, y que sienten la necesidad de actualizar sus conocimientos y de revisar su propia práctica en sesiones específicas de tutoría.

CALENDARIO

1. A fin de hacer viable la participación en el Seminario del mayor número posible de personas, las Sesiones tendrán lugar en fines de semana, los sábados por la mañana.
2. La periodicidad será mensual
3. Durante el curso académico 2012-13, las sesiones previstas son las siguientes:
 1. Primera sesión: 9 de marzo de 2013
 2. Segunda sesión: 13 de abril de 2013
 3. Tercera sesión: 18 de mayo de 2013
 4. Cuarta sesión: 1 de junio de 2013

Más información: www.fcs.es