sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Boletín Informativo
Servicios Jurídicos del SESCAM

Nº: 015	Marzo 2006

SUMARIO

1. NORMATIVA — Página

Novedades en relación con:

- Estructura y funciones de Gerencia Única del Área de Salud de Puertollano 2
- Función Pública: Modificación de los Decretos 364/1995 y 365/1995 2
- Certificación Técnico-Sanitaria del transporte sanitario por carretera 2
- Directiva sobre calidad y seguridad en la obtención de células y tejidos humanos 2
- Proyecto de Ley de Reproducción Asistida 4
- Proyecto de R. D. que establece la cartera de Servicios Básicos y Comunes del SNS y el procedimiento para su actualización 19
- Proyecto de Ley de mediación de seguros y reaseguros privados 19
- Traspaso a la C.A de C-LM medios adscritos a la gestión de las prestaciones sanitarias del Seguro Escolar 19
- Prestación atención dental a la población de C-LM con edades comprendidas entre 6 y 15 años 19
- Registro Electrónico de Contratos del sector público regional de C-LM 20

2. BIOÉTICA

- De Hipócrates a Kevorkian: ¿Hacia dónde va la ética médica? 21
- Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias 21

3. CUESTIONES DE INTERÉS

- Médicos de cupo: La retribución incluye beneficiarios atendidos, incluso sin tarjeta Sentencia del TSJ de Valencia 25
- Borrador R.D: Relación Laboral de carácter especial de Residencia 28
- La política sanitaria de la Junta de Castilla-La Mancha, una de las mejores valoradas 46
- Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 46
- Reclamación reintegro Gastos Médicos: Sentencia del TSJ de C-LM 47

4. FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

- Programa de formación de la Conserjería de Sanidad para el 2006 55
- Curso de Introducción al Derecho Sanitario 55
- XVII Taller Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación en Salud:"La comunicación entre pacientes y profesionales de la salud" 57
- La Responsabilidad penal en el ámbito sanitario 57
- Las Leyes de la Bioética 58
- Para fundamentar la bioética 58

NORMATIVA

- **Decreto 16/2006, de 28-02-2006, de la estructura y funciones de la Gerencia del Área de Salud de Puertollano**

  - D.O.C.M. núm. 48, de 3 de marzo de 2006, pág. 5219.

- **Real Decreto 255/2006, de 3 de marzo, por el que se modifican el Reglamento General de Ingreso del Personal al servicio de la Administración General del Estado y de Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional de los Funcionarios de la Administración General del Estado, aprobado por Real Decreto 364/1995, de 10 de marzo, y el Reglamento de Situaciones Administrativas de los Funcionarios Civiles de la Administración General del Estado, aprobado por Real Decreto 365/1995, de 10 de marzo**

  - B.O.E. núm. 54, de 4 de marzo de 2006, pág. 8967.

- **Decreto 23/2006 de 7-3-2006, de modificación del Decreto 49/2002, de 9 de abril, de la Certificación Técnico-Sanitaria del transporte sanitario por carretera**

  - D.O.C.M. núm. 53, de 10 de marzo de 2006, pág. 5831.

- **Directiva 2006/17/CE de la Comisión, de 8 de febrero de 2006, por la que se aplica la Directiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo relativo a determinados requisitos técnicos para la donación, la obtención y la evaluación de células y tejidos humanos**

Esta directiva ha regulado los requisitos técnicos necesarios para la donación, la obtención y evaluación de células y tejidos humanos, norma que desarrolla la Directiva 2004/23, y deberán adoptar los Estados comunitarios antes del 1 de noviembre del 2006. La nueva regulación afecta además a los productos derivados con aplicación en seres humanos, incluidos los que se usan como materia prima para la fabricación de medicamentos, así como las células reproductoras. El objetivo de la Directiva es evitar la transmisión de enfermedades en la donación de células y tejidos humanos mediante la aplicación de protocolos de trabajo y determinados criterios de selección de donantes.

- D.O.C.E. de 9 de febrero de 2006, L 38/40.

- Borrador del Proyecto de Ley de Reproducción Asistida

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SENADO

VIII LEGISLATURA

Serie II:
PROYECTOS DE LEY

27 de febrero de 2006

Núm. 44 (a)
(Cong. Diputados, Serie A, núm. 39
Núm. exp. 121/000039)

PROYECTO DE LEY

621/000044 Sobre técnicas de reproducción humana asistida.

TEXTO REMITIDO POR EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

621/000044

PRESIDENCIA DEL SENADO

Con fecha 27 de febrero de 2006, ha tenido entrada en esta Cámara el texto aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados, relativo al Proyecto de Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida.

Al amparo del artículo 104 del Reglamento del Senado, se ordena la remisión de este Proyecto de Ley a la **Comisión de Sanidad y Consumo.**

En virtud de lo establecido en el artículo 107.1 del Reglamento del Senado, **el plazo para la presentación de enmiendas terminará el próximo día 10 de marzo, viernes.**

De otra parte, y en cumplimiento del artículo 191 del Reglamento del Senado, se ordena la publicación del texto del mencionado Proyecto de Ley, encontrándose la restante documentación a disposición de los señores Senadores en la Secretaría General de la Cámara.

Palacio del Senado, 27 de febrero de 2006.—P. D., **Manuel Cavero Gómez**, Letrado Mayor del Senado.

PROYECTO DE LEY SOBRE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

Exposición de motivos

I

La aparición de las técnicas de reproducción asistida en la década de los 70 supuso la apertura de nuevas posibilidades de solución del problema de la esterilidad para un amplio número de parejas aquejadas por esta patología. La novedad y utilidad de estas técnicas hicieron sentir muy pronto en los países de nuestro entorno la necesidad de abordar su regulación.

En España esta necesidad se materializó tempranamente mediante la aprobación de la Ley 35/1988,

de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida. La Ley española fue una de las primeras en promulgarse entre las legislaciones sobre esta materia desarrolladas en países de nuestro entorno cultural y geográfico.

Dicha Ley supuso un indudable avance científico y clínico en la medida en que las técnicas de reproducción asistida, además de coadyuvar a paliar los efectos de la esterilidad, se manifiestan como especialmente útiles para otros fines, tales como los diagnósticos o de investigación.

El importante avance científico constatado en los últimos años, el desarrollo de nuevas técnicas de reproducción, el aumento del potencial investigador y la necesidad de dar respuesta al problema del destino de los preembriones supernumerarios hicieron necesaria una reforma o revisión en profundidad de la Ley 35/1988, de 22 de noviembre.

La Ley 45/2003, de 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sólo dio una respuesta parcial a tales exigencias. En efecto, dicha Ley autorizó la utilización, con fines de investigación, de los preembriones que se encontraban crioconservados con anterioridad a su entrada en vigor —noviembre de 2003—, aunque bajo condiciones muy restrictivas. Pero a la vez que abría esta posibilidad, establecía la limitación de producir un máximo de tres ovocitos en cada ciclo reproductivo, lo que dificultaba la práctica ordinaria de las técnicas de reproducción asistida, al impedir poner los medios para lograr el mayor éxito con el menor riesgo posible para la salud de la mujer, que era el principal objetivo de la Ley modificada.

Precisamente por ello, la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida se mostró particularmente crítica con este aspecto de la reforma.

Por otra parte, la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, dispensaba distinto tratamiento a los preembriones crioconservados o congelados según cual fuera la fecha de su generación. Los anteriores a noviembre de 2003, fecha de la entrada en vigor, podían ser dedicados, además de a otros fines, a la investigación, posibilidad que estaba vedada a los generados con posterioridad, que podrían destinarse únicamente a fines reproductivos de la pareja generadora o a la donación a otras mujeres.

La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida insistió desde la promulgación de la citada Ley en la necesidad de acometer con prontitud la reforma de la legislación vigente, con el fin de corregir las deficiencias advertidas y de acomodarla a la realidad actual. Para ello, en sus últimas reuniones ha ido definiendo las líneas directrices que debería seguir la nueva regulación y que esta Ley incorpora.

II

Esta Ley se enmarca precisamente en esa línea e introduce importantes novedades. En primer lugar, define claramente, con efectos exclusivamente circunscritos a su ámbito propio de aplicación, el concepto de preembrión, entendiendo por tal al embrión in vitro constituido por el grupo de células resultantes de la división progresiva del ovocito desde que es fecundado hasta 14 días más tarde. Además, en línea con lo que dispone la Constitución Europea, prohíbe la clonación en seres humanos con fines reproductivos.

Las técnicas de reproducción asistida que pueden practicarse también son objeto de nueva regulación. Debido a que la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, siguió el método de enumerar, mediante una lista cerrada, cuantas posibilidades técnicas eran conocidas en aquel momento, y fijaba en relación con ellas los límites legales de actuación, las nuevas técnicas surgidas por los avances científicos carecen de una consideración expresa en la norma, y suscitan el debate sobre la existencia de un vacío jurídico o, por el contrario, la aplicación extensiva de la Ley en vigor sobre la base de una interpretación lo más amplia posible. La nueva Ley sigue un criterio mucho más abierto al enumerar las técnicas que, según el estado de la ciencia y la práctica clínica, pueden realizarse hoy día. Sin embargo, evita la petrificación normativa, y habilita a la autoridad sanitaria correspondiente para autorizar, previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, la práctica provisional y tutelada como técnica experimental de una nueva técnica; una vez constatada su evidencia científica y clínica, el Gobierno, mediante real decreto, puede actualizar la lista de técnicas autorizadas.

Por otra parte, se ha producido una evolución notable en la utilización y aplicación de las técnicas de reproducción asistida en su vertiente de solución de los problemas de esterilidad, al extender también su ámbito de actuación al desarrollo de otras complementarias para permitir evitar, en ciertos casos, la aparición de enfermedades, en particular en las personas nacidas que carecen de tratamiento curativo. El diagnóstico genético preimplantacional abre nuevas vías en la prevención de enferme-

dades genéticas que en la actualidad carecen de tratamiento y a la posibilidad de seleccionar preembriones para que, en determinados casos y bajo el debido control y autorización administrativos, puedan servir de ayuda para salvar la vida del familiar enfermo.

La Ley es respetuosa con la realidad autonómica actual del Estado español, en el que la autorización de proyectos concretos corresponde de manera indudable a las comunidades autónomas, a las que se dota del necesario apoyo técnico, mediante el reforzamiento del papel asesor de una única comisión, de la que forman parte representantes de las propias comunidades autónomas.

Precisamente por ello, la Ley refuerza el papel asesor de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, que debe emitir informes preceptivos acerca de cuantos proyectos nuevos, sea para el desarrollo de nuevas técnicas, sea como investigación de carácter básico o aplicado, se puedan promover, pero, al mismo tiempo, mantiene la capacidad decisoria de las autoridades sanitarias correspondientes.

Por otro lado, la realidad de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida en nuestro país no puede ser ajena a la consideración de que dichas técnicas se han desarrollado de manera extensiva en especial en el ámbito privado. De esa realidad se deriva que la intervención de los poderes públicos en este campo debe ir dirigida también a compensar la asimetría de información que existe entre quienes acuden a demandar la aplicación de estas técnicas y quienes las aplican, de manera que se garantice en lo posible el equilibrio de intereses entre unos y otros.

Uno de los mecanismos prioritarios para contribuir a la equidad de esa relación es la disponibilidad de una información accesible a los usuarios de las técnicas que sea clara y precisa sobre la actividad y los resultados de los centros y servicios que las practican. Esta necesidad se traduce en la Ley en el reforzamiento de los registros y otros mecanismos de información que deben constituirse, hasta el punto de considerar dicha información pública como un elemento esencial de la práctica de las técnicas, de manera que se proporcionen a los ciudadanos que acuden a los centros los instrumentos adecuados de información que les permitan ejercer con criterios sólidos su capacidad de decisión.

Para ello, además del Registro de donantes de gametos y preembriones con fines de reproducción humana, ya previsto en la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, se crea el Registro de actividad de los centros de reproducción asistida. En el primero se consignarán los hijos nacidos de cada uno de los donantes, la identidad de las parejas o mujeres receptoras y la localización original de unos y otros en el momento de la donación y de su utilización. Y en el segundo se registrarán los datos sobre tipología de técnicas y procedimientos, tasas de éxito y otras cuestiones que sirvan para informar a los ciudadanos sobre la calidad de cada uno de los centros, que deberán hacerse públicos, al menos, una vez al año. También se recogerá el número de preembriones que se conserven en cada centro o servicio de reproducción asistida y se elimina la obligación establecida en la Ley anterior de enviar los preembriones sobrantes al Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa.

Por último, para corregir los problemas suscitados por la legislación precedente, la Ley elimina las diferencias en la consideración de los preembriones que se encontrasen crioconservados con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, y los que pudieran generarse posteriormente, en cuanto a sus destinos posibles, siempre supeditados a la voluntad de los progenitores y, en el caso de la investigación, a condiciones estrictas de autorización, seguimiento y control por parte de las autoridades sanitarias correspondientes. Con ello, al igual que ocurre en otros países, se desarrollan instrumentos adecuados para garantizar la demandada protección del preembrión. Se eliminan los límites que se establecieron en la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, para la generación de ovocitos en cada ciclo reproductivo, límites que deberán derivar de manera exclusiva de las indicaciones clínicas que existan en cada caso.

La Ley concluye con el correspondiente régimen de infracciones y sanciones, en el que se definen las conductas prohibidas y se les asignan las correspondientes sanciones.

Por último, esta Ley deroga la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida y la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, y modifica el organismo autónomo Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa, que pasa a denominarse Organización Nacional de Trasplantes y a asumir sus funciones y competencias, excepto las que corresponden al Instituto de Salud «Carlos III», lo que supone la separación de las funciones puramente asistenciales de las relacionadas con la investigación.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación de la Ley.

1. Esta Ley tiene por objeto:

a) Regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente y clínicamente indicadas.

b) Regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético, siempre que existan las garantías diagnósticas y terapéuticas suficientes y sean debidamente autorizadas en los términos previstos en esta Ley.

c) La regulación de los supuestos y requisitos de utilización de gametos y preembriones humanos crioconservados.

2. A los efectos de esta Ley se entiende por preembrión el embrión in vitro constituido por el grupo de células resultantes de la división progresiva del ovocito desde que es fecundado hasta 14 días más tarde.

3. Se prohíbe la clonación en seres humanos con fines reproductivos.

Artículo 2. Técnicas de reproducción humana asistida.

1. Las técnicas de reproducción humana asistida que, conforme a lo que se determina en el artículo 1, reúnen las condiciones de acreditación científica y clínica son las relacionadas en el anexo.

2. La aplicación de cualquier otra técnica no relacionada en el anexo requerirá la autorización de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, para su práctica provisional y tutelada como técnica experimental.

3. El Gobierno, mediante real decreto, podrá actualizar el anexo para su adaptación a los avances científicos y técnicos y para incorporar aquellas técnicas experimentales que hayan demostrado, mediante experiencia suficiente, reunir las condiciones de acreditación científica y clínica precisas para su aplicación generalizada.

Artículo 3. Condiciones personales de la aplicación de las técnicas.

1. Las técnicas de reproducción asistida se realizarán solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito, no supongan riesgo grave para la salud, física o psíquica, de la mujer o la posible descendencia y previa aceptación libre y consciente de su aplicación por parte de la mujer, que deberá haber sido anterior y debidamente informada de sus posibilidades de éxito, así como de sus riesgos y de las condiciones de dicha aplicación.

2. En el caso de la fecundación in vitro y técnicas afines, sólo se autoriza la transferencia de un máximo de tres preembriones en cada mujer en cada ciclo reproductivo.

3. La información y el asesoramiento sobre estas técnicas, que deberá realizarse tanto a quienes deseen recurrir a ellas como a quienes, en su caso, vayan a actuar como donantes, se extenderá a los aspectos biológicos, jurídicos y éticos de aquéllas, y deberá precisar igualmente la información relativa a las condiciones económicas del tratamiento. Incumbirá la obligación de que se proporcione dicha información en las condiciones adecuadas que faciliten su comprensión a los responsables de los equipos médicos que lleven a cabo su aplicación en los centros y servicios autorizados para su práctica.

4. La aceptación de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida por cada mujer receptora de ellas quedará reflejada en un formulario de consentimiento informado en el que se hará mención expresa de todas las condiciones concretas de cada caso en que se lleve a cabo su aplicación.

5. La mujer receptora de estas técnicas podrá pedir que se suspenda su aplicación en cualquier momento de su realización anterior a la transferencia embrionaria, y dicha petición deberá atenderse.

6. Todos los datos relativos a la utilización de estas técnicas deberán recogerse en historias clínicas individuales, que deberán ser tratadas con las debidas garantías de confidencialidad respecto de la identidad de los donantes, de los datos y condiciones de los usuarios y de las circunstancias que concurran en el origen de los hijos así nacidos. No obstante, se tratará de mantener la máxima integración posible de la documentación clínica de la persona usuaria de las técnicas.

Artículo 4. Requisitos de los centros y servicios de reproducción asistida.

1. La práctica de cualquiera de las técnicas de reproducción asistida sólo se podrá llevar a cabo en centros o servicios sanitarios debidamente autorizados para ello por la autoridad sanitaria correspondiente. Dicha autorización especificará las técnicas cuya aplicación se autoriza en cada caso.

2. La autorización de un centro o servicio sanitario para la práctica de las técnicas de reproducción asistida exigirá el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos en el capítulo V de esta Ley y demás normativa vigente.

CAPÍTULO II

Participantes en las técnicas de reproducción asistida

Artículo 5. Donantes y contratos de donación.

1. La donación de gametos y preembriones para las finalidades autorizadas por esta Ley es un contrato gratuito, formal y confidencial concertado entre el donante y el centro autorizado.

2. La donación sólo será revocable cuando el donante precisase para sí los gametos donados, siempre que en la fecha de la revocación aquéllos estén disponibles. A la revocación procederá la devolución por el donante de los gastos de todo tipo originados al centro receptor.

3. La donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial. La compensación económica resarcitoria que se pueda fijar para compensar las molestias físicas, de desplazamiento o laborales que se puedan derivar de la donación no podrá suponer incentivo económico para ésta. El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, fijará periódicamente los criterios y límites económicos que garanticen el respeto al carácter gratuito de la donación.

4. El contrato se formalizará por escrito entre los donantes y el centro autorizado. Antes de la formalización, los donantes habrán de ser informados de los fines y consecuencias del acto.

5. La donación será anónima y deberá garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes por los bancos de gametos, así como, en su caso, por los registros de donantes y de actividad de los centros que se constituyan.

Los hijos nacidos tienen derecho por sí o por sus representantes legales a obtener información general de los donantes que no incluya su identidad. Igual derecho corresponde a las receptoras de los gametos y de los preembriones.

Sólo excepcionalmente, en circunstancias extraordinarias que comporten un peligro cierto para la vida o la salud del hijo o cuando proceda con arreglo a las Leyes procesales penales, podrá revelarse la identidad de los donantes, siempre que dicha revelación sea indispensable para evitar el peligro o para conseguir el fin legal propuesto. Dicha revelación tendrá carácter restringido y no implicará en ningún caso publicidad de la identidad de los donantes.

6. Los donantes deberán tener más de 18 años, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los donantes que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar, según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de su realización, que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia. Estas mismas condiciones serán aplicables a las muestras de donantes procedentes de otros países; en este caso, los responsables del centro remisor correspondiente deberán acreditar el cumplimiento de todas aquellas condiciones y pruebas cuya determinación no se pueda practicar en las muestras enviadas a su recepción. En todo caso, los centros autorizados podrán rechazar la donación cuando las condiciones psicofísicas del donante no sean las adecuadas.

7. El número máximo autorizado de hijos nacidos en España que hubieran sido generados con gametos de un mismo donante no deberá ser superior a seis. A los efectos del mantenimiento efectivo de ese límite, los donantes deberán declarar en cada donación si han realizado otras previas, así como las condiciones de éstas, e indicar el momento y el centro en el que se hubieran realizado dichas donaciones.

Será responsabilidad de cada centro o servicio que utilice gametos de donantes comprobar de manera fehaciente la identidad de los donantes, así como, en su caso, las consecuencias de las donaciones anteriores realizadas en cuanto a la generación de hijos nacidos previamente. Si se acreditase que el número de éstos superaba el límite estable-

cido, se procederá a la destrucción de las muestras procedentes de ese donante.

A partir de la entrada en funcionamiento del Registro nacional de donantes a que se refiere el artículo 21, la comprobación de dichos datos podrá hacerse mediante consulta al registro correspondiente.

8. Las disposiciones de este artículo serán de aplicación a los supuestos de donación de gametos sobrantes no utilizados en la reproducción de la propia pareja para la reproducción de personas ajenas a ella.

Artículo 6. Usuarios de las técnicas.

1. Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa.

La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual.

2. Entre la información proporcionada a la mujer, de manera previa a la firma de su consentimiento, para la aplicación de estas técnicas se incluirá, en todo caso, la de los posibles riesgos, para ella misma durante el tratamiento y el embarazo y para la descendencia, que se puedan derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada.

3. Si la mujer estuviera casada, se precisará, además, el consentimiento de su marido, a menos que estuvieran separados legalmente o de hecho y así conste de manera fehaciente. El consentimiento del cónyuge, prestado antes de la utilización de las técnicas, deberá reunir idénticos requisitos de expresión libre, consciente y formal.

4. En la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, la elección del donante de semen sólo podrá realizarse por el equipo médico que aplica la técnica, que deberá preservar las condiciones de anonimato de la donación. En ningún caso podrá seleccionarse personalmente el donante a petición de la receptora. En todo caso, el equipo médico correspondiente deberá garantizar la mayor similitud fenotípica e inmunológica posible de las muestras disponibles con la mujer receptora.

Artículo 7. Filiación de los hijos nacidos mediante técnicas de reproducción asistida.

1. La filiación de los nacidos con las técnicas de reproducción asistida se regulará por las Leyes civiles, a salvo de las especificaciones establecidas en los tres siguientes artículos.

2. En ningún caso, la inscripción en el Registro Civil reflejará datos de los que se pueda inferir el carácter de la generación.

Artículo 8. Determinación legal de la filiación.

1. Ni la mujer progenitora ni el marido, cuando hayan prestado su consentimiento formal, previo y expreso a determinada fecundación con contribución de donante o donantes, podrán impugnar la filiación matrimonial del hijo nacido como consecuencia de tal fecundación.

2. Se considera escrito indubitado a los efectos previstos en el artículo 49 de la Ley del Registro Civil el documento extendido ante el centro o servicio autorizado en el que se refleje el consentimiento a la fecundación con contribución de donante prestado por varón no casado con anterioridad a la utilización de las técnicas. Queda a salvo la reclamación judicial de paternidad.

3. La revelación de la identidad del donante en los supuestos en que proceda conforme al artículo 5.5 de esta Ley no implica en ningún caso determinación legal de la filiación.

Artículo 9. Premoriencia del marido.

1. No podrá determinarse legalmente la filiación ni reconocerse efecto o relación jurídica alguna entre el hijo nacido por la aplicación de las técnicas reguladas en esta Ley y el marido fallecido cuando el material reproductor de éste no se halle en el útero de la mujer en la fecha de la muerte del varón.

2. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, el marido podrá prestar su consentimiento, en el documento a que se hace referencia en el artículo 6.3, en escritura pública, en testamento o documento de instrucciones previas, para que su material reproductor pueda ser utilizado en los 12 meses siguientes a su fallecimiento para fecundar a su mujer. Tal generación producirá los efectos legales que se derivan de la filiación matrimonial. El consentimiento para la aplicación de las técnicas en dichas circunstancias podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización de aquéllas.

Se presume otorgado el consentimiento a que se refiere el párrafo anterior cuando el cónyuge supérstite hubiera estado sometido a un proceso de

reproducción asistida ya iniciado para la transferencia de preembriones constituidos con anterioridad al fallecimiento del marido.

3. El varón no unido por vínculo matrimonial podrá hacer uso de la posibilidad prevista en el apartado anterior; dicho consentimiento servirá como título para iniciar el expediente del artículo 49 de la Ley del Registro Civil, sin perjuicio de la acción judicial de reclamación de paternidad.

Artículo 10. Gestación por sustitución.

1. Será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero.

2. La filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto.

3. Queda a salvo la posible acción de reclamación de la paternidad respecto del padre biológico, conforme a las reglas generales.

CAPÍTULO III

Crioconservación y otras técnicas coadyuvantes de las de reproducción asistida

Artículo 11. Crioconservación de gametos y preembriones.

1. El semen podrá crioconservarse en bancos de gametos autorizados durante la vida del varón de quien procede.

2. La utilización de ovocitos y tejido ovárico crioconservados requerirá previa autorización de la autoridad sanitaria correspondiente.

3. Los preembriones sobrantes de la aplicación de las técnicas de fecundación in vitro que no sean transferidos a la mujer en un ciclo reproductivo podrán ser crioconservados en los bancos autorizados para ello. La crioconservación de los ovocitos, del tejido ovárico y de los preembriones sobrantes se podrá prolongar hasta el momento en que se considere por los responsables médicos, con el dictamen favorable de especialistas independientes y ajenos al centro correspondiente, que la receptora no reúne los requisitos clínicamente adecuados para la práctica de la técnica de reproducción asistida.

4. Los diferentes destinos posibles que podrán darse a los preembriones crioconservados, así como, en los casos que proceda, al semen, ovocitos y tejido ovárico crioconservados, son:

a) Su utilización por la propia mujer o su cónyuge.

b) La donación con fines reproductivos.

c) La donación con fines de investigación.

d) El cese de su conservación sin otra utilización. En el caso de los preembriones y los ovocitos crioconservados, esta última opción sólo será aplicable una vez finalizado el plazo máximo de conservación establecido en esta Ley sin que se haya optado por alguno de los destinos mencionados en los apartados anteriores.

5. La utilización de los preembriones o, en su caso, del semen, los ovocitos o el tejido ovárico crioconservados, para cualquiera de los fines citados, requerirá del consentimiento informado correspondiente debidamente acreditado. En el caso de los preembriones, el consentimiento deberá haber sido prestado por la mujer o, en el caso de la mujer casada con un hombre, también por el marido, con anterioridad a la generación de los preembriones.

6. El consentimiento para dar a los preembriones o gametos crioconservados cualquiera de los destinos citados podrá ser modificado en cualquier momento anterior a su aplicación.

En el caso de los preembriones, cada dos años, como mínimo, se solicitará de la mujer o de la pareja progenitora la renovación o modificación del consentimiento firmado previamente. Si durante dos renovaciones consecutivas fuera imposible obtener de la mujer o de la pareja progenitora la firma del consentimiento correspondiente, y se pudieran demostrar de manera fehaciente las actuaciones llevadas a cabo con el fin de obtener dicha renovación sin obtener la respuesta requerida, los preembriones quedarán a disposición de los centros en los que se encuentren crioconservados, que podrán destinarlos conforme a su criterio a cualquiera de los fines citados, manteniendo las exigencias de confidencialidad y anonimato establecidas y la gratuidad y ausencia de ánimo de lucro.

Con anterioridad a la prestación del consentimiento, se deberá informar a la pareja progenitora o a la mujer, en su caso, de lo previsto en los párrafos anteriores de este apartado.

7. Los centros de fecundación in vitro que procedan a la crioconservación de gametos o preembriones humanos de acuerdo con lo establecido en este artículo deberán disponer de un seguro o garantía financiera equivalente que asegure su solvencia,

en los términos que se fijen reglamentariamente, para compensar económicamente a las parejas en el supuesto de que se produjera un accidente que afecte a su crioconservación, siempre que, en el caso de los preembriones crioconservados, se hayan cumplido los procedimientos y plazos de renovación del consentimiento informado correspondiente.

Artículo 12. Diagnóstico preimplantacional.

1. Los centros debidamente autorizados podrán practicar técnicas de diagnóstico preimplantacional para:

a) La detección de enfermedades hereditarias graves, de aparición precoz y no susceptibles de tratamiento curativo posnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, con objeto de llevar a cabo la selección embrionaria de los preembriones no afectos para su transferencia.

b) La detección de otras alteraciones que puedan comprometer la viabilidad del preembrión.

La aplicación de las técnicas de diagnóstico preimplantacional en estos casos deberá comunicarse a la autoridad sanitaria correspondiente, que informará de ella a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

2. La aplicación de técnicas de diagnóstico preimplantacional para cualquiera otra finalidad no comprendida en el apartado anterior, o cuando se pretendan practicar en combinación con la determinación de los antígenos de histocompatibilidad de los preembriones in vitro con fines terapéuticos para terceros, requerirá de la autorización expresa, caso a caso, de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, que deberá evaluar las características clínicas, terapéuticas y sociales de cada caso.

Artículo 13. Técnicas terapéuticas en el preembrión.

1. Cualquier intervención con fines terapéuticos sobre el preembrión vivo in vitro sólo podrá tener la finalidad de tratar una enfermedad o impedir su transmisión, con garantías razonables y contrastadas.

2. La terapia que se realice en preembriones in vitro sólo se autorizará si se cumplen los siguientes requisitos:

a) Que la pareja o, en su caso, la mujer sola haya sido debidamente informada sobre los procedimientos, pruebas diagnósticas, posibilidades y riesgos de la terapia propuesta y las hayan aceptado previamente.

b) Que se trate de patologías con un diagnóstico preciso, de pronóstico grave o muy grave, y que ofrezcan posibilidades razonables de mejoría o curación.

c) Que no se modifiquen los caracteres hereditarios no patológicos ni se busque la selección de los individuos o de la raza.

d) Que se realice en centros sanitarios autorizados y por equipos cualificados y dotados de los medios necesarios, conforme se determine mediante real decreto.

3. La realización de estas prácticas en cada caso requerirá de la autorización de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

CAPÍTULO IV

Investigación con gametos y preembriones humanos

Artículo 14. Utilización de gametos con fines de investigación.

1. Los gametos podrán utilizarse de manera independiente con fines de investigación.

2. Los gametos utilizados en investigación o experimentación no podrán utilizarse para su transferencia a la mujer ni para originar preembriones con fines de procreación.

3. Se podrán practicar pruebas dirigidas a evaluar la capacidad de fecundación de los espermatozoides humanos consistentes en la fecundación de ovocitos animales hasta la fase de división del óvulo animal fecundado en dos células, momento a partir del cual se deberá interrumpir la prueba.

Artículo 15. Utilización de preembriones con fines de investigación.

1. La investigación o experimentación con preembriones sobrantes procedentes de la aplica-

ción de las técnicas de reproducción asistida sólo se autorizará si se atiene a los siguientes requisitos:

a) Que se cuente con el consentimiento escrito de la pareja o, en su caso, de la mujer, previa explicación pormenorizada de los fines que se persiguen con la investigación y sus implicaciones. Dichos consentimientos especificarán en todo caso la renuncia de la pareja o de la mujer, en su caso, a cualquier derecho de naturaleza dispositiva, económica o patrimonial sobre los resultados que pudieran derivarse de manera directa o indirecta de las investigaciones que se lleven a cabo.

b) Que el preembrión no se haya desarrollado in vitro más allá de 14 días después de la fecundación del ovocito, descontando el tiempo en el que pueda haber estado crioconservado.

c) En el caso de los proyectos de investigación relacionados con el desarrollo y aplicación de las técnicas de reproducción asistida, que la investigación se realice en centros autorizados. En todo caso, los proyectos se llevarán a cabo por equipos científicos cualificados, bajo control y seguimiento de las autoridades sanitarias competentes.

d) Que se realicen con base en un proyecto debidamente presentado y autorizado por las autoridades sanitarias competentes, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida si se trata de proyectos de investigación relacionados con el desarrollo y aplicación de las técnicas de reproducción asistida, o del órgano competente si se trata de otros proyectos de investigación relacionados con la obtención, desarrollo y utilización de líneas celulares de células troncales embrionarias.

e) En el caso de la cesión de preembriones a otros centros, en el proyecto mencionado en el párrafo anterior deberán especificarse las relaciones e intereses comunes de cualquier naturaleza que pudieran existir entre el equipo y centro entre los que se realiza la cesión de preembriones. En estos casos deberán también mantenerse las condiciones establecidas de confidencialidad de los datos de los progenitores y la gratuidad y ausencia de ánimo de lucro.

2. Una vez terminado el proyecto, la autoridad que concedió la autorización deberá dar traslado del resultado de la experimentación a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida y, en su caso, al órgano competente que lo informó.

Artículo 16. Conservación y utilización de los preembriones para investigación.

1. Los preembriones crioconservados sobrantes respecto de los que exista el consentimiento de la pareja progenitora o, en su caso, la mujer para su utilización con fines de investigación se conservarán, al igual que aquellos otros para los que se haya consentido en otros destinos posibles, en los bancos de preembriones de los centros de reproducción asistida correspondientes.

2. La utilización efectiva del preembrión con fines de investigación en un proyecto concreto en el propio centro de reproducción asistida, o su traslado a otro centro en el que se vaya a utilizar en un proyecto concreto de investigación, requerirá del consentimiento expreso de la pareja o, en su caso, de la mujer responsable del preembrión para su utilización en ese proyecto, previa información pormenorizada y comprensión por los interesados de los fines de esa investigación, sus fases y plazos, la especificación de su restricción al ámbito básico o su extensión al ámbito clínico de aplicación, así como de sus consecuencias posibles. Si no se contase con el consentimiento expreso para la utilización en un proyecto concreto de investigación, deberá recabarse en todo caso antes de su cesión a ese fin, salvo en el caso de la ausencia de renovación del consentimiento previsto en el artículo 11.6.

CAPÍTULO V

Centros sanitarios y equipos biomédicos

Artículo 17. Calificación y autorización de los centros de reproducción asistida.

Todos los centros o servicios en los que se realicen las técnicas de reproducción asistida, o sus derivaciones, así como los bancos de gametos y preembriones, tendrán la consideración de centros y servicios sanitarios. Se regirán por lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la normativa que la desarrolla o en la de las Administraciones públicas con competencias en materia sanitaria, y precisarán para la práctica de las técnicas de reproducción asistida de la correspondiente autorización específica.

Artículo 18. Condiciones de funcionamiento de los centros y equipos.

1. Los equipos biomédicos que trabajen en estos centros o servicios sanitarios deberán estar especialmente cualificados para realizar las técnicas de reproducción asistida, sus aplicaciones complementarias o sus derivaciones científicas y contarán para ello con el equipamiento y los medios necesarios, que se determinarán mediante real decreto. Actuarán interdisciplinariamente, y el director del centro o servicio del que dependen será el responsable directo de sus actuaciones.

2. Los equipos biomédicos y la dirección de los centros o servicios en que trabajan incurrirán en las responsabilidades que legalmente correspondan si violan el secreto de la identidad de los donantes, si realizan mala práctica con las técnicas de reproducción asistida o los materiales biológicos correspondientes o si, por omitir la información o los estudios establecidos, se lesionan los intereses de donantes o usuarios o se transmiten a los descendientes enfermedades congénitas o hereditarias, evitables con aquella información y estudio previos.

3. Los equipos médicos recogerán en una historia clínica, custodiada con la debida protección y confidencialidad, todas las referencias sobre los donantes y usuarios, así como los consentimientos firmados para la realización de la donación o de las técnicas.

Los datos de las historias clínicas, excepto la identidad de los donantes, deberán ser puestos a disposición de la receptora y de su pareja, o del hijo nacido por estas técnicas o de sus representantes legales cuando llegue a su mayoría de edad, si así lo solicitan.

4. Los equipos biomédicos deberán realizar a los donantes y a las receptoras cuantos estudios estén establecidos reglamentariamente, y deberán cumplimentar igualmente los protocolos de información sobre las condiciones de los donantes o la actividad de los centros de reproducción asistida que se establezcan.

Artículo 19. Auditorías de funcionamiento.

Los centros de reproducción humana asistida se someterán con la periodicidad que establezcan las autoridades sanitarias competentes a auditorías externas que evaluarán tanto los requisitos técnicos y legales como la información transmitida a las Comunidades Autónomas a los efectos registrales correspondientes y los resultados obtenidos en su práctica clínica.

CAPÍTULO VI

Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida

Artículo 20. Objeto, composición y funciones.

1. La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida es el órgano colegiado, de carácter permanente y consultivo, dirigido a asesorar y orientar sobre la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida, a contribuir a la actualización y difusión de los conocimientos científicos y técnicos en esta materia, así como a la elaboración de criterios funcionales y estructurales de los centros y servicios donde aquéllas se realizan.

2. Formarán parte de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida representantes designados por el Gobierno de la Nación, las comunidades autónomas, las distintas sociedades científicas y por entidades, corporaciones profesionales y asociaciones y grupos de representación de consumidores y usuarios, relacionados con los distintos aspectos científicos, jurídicos y éticos de la aplicación de estas técnicas.

3. Podrán recabar el informe o asesoramiento de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida los órganos de gobierno de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas, así como las comisiones homólogas que se puedan constituir en estas últimas.

Los centros y servicios sanitarios en los que se apliquen las técnicas de reproducción asistida podrán igualmente solicitar el informe de la Comisión Nacional sobre cuestiones relacionadas con dicha aplicación. En este caso, el informe deberá solicitarse a través de la autoridad sanitaria que haya autorizado la aplicación de las técnicas de reproducción asistida por el centro o servicio correspondiente.

4. Será preceptivo el informe de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida en los siguientes supuestos:

a) Para la autorización de una técnica de reproducción humana asistida con carácter experimental, no recogida en el anexo.

b) Para la autorización ocasional para casos concretos y no previstos en esta Ley de las técnicas

de diagnóstico preimplantacional, así como en los supuestos previstos en el artículo 12.2.

c) Para la autorización de prácticas terapéuticas previstas en el artículo 13.

d) Para la autorización de los proyectos de investigación en materia de reproducción asistida.

e) En el procedimiento de elaboración de disposiciones generales que versen sobre materias previstas en esta Ley o directamente relacionadas con la reproducción asistida.

f) En cualquier otro supuesto legal o reglamentariamente previsto.

5. La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida deberá ser informada, con una periodicidad al menos semestral, de las prácticas de diagnóstico preimplantacional que se lleven a cabo conforme a lo dispuesto en el artículo 12.1.

Igualmente, con carácter anual deberá ser informada de los datos recogidos en los Registros nacionales de donantes y de actividad de los centros a los que se refieren los artículos 21 y 22.

6. Las comisiones homólogas que se constituyan en las Comunidades Autónomas tendrán la consideración de comisiones de soporte y referencia de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida y colaborarán con ésta en el ejercicio de sus funciones.

CAPÍTULO VII

Registros nacionales de reproducción asistida

Artículo 21. Registro nacional de donantes.

1. El Registro nacional de donantes, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, es aquel registro administrativo en el que se inscribirán los donantes de gametos y preembriones con fines de reproducción humana, con las garantías precisas de confidencialidad de los datos de aquéllos.

2. Este registro, cuyos datos se basarán en los que sean proporcionados por las comunidades autónomas en lo que se refiere a su ámbito territorial correspondiente, consignará también los hijos nacidos de cada uno de los donantes, la identidad de las parejas o mujeres receptoras y la localización original de unos y otros en el momento de la donación y de su utilización.

3. El Gobierno, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y mediante real decreto, regulará la organización y funcionamiento del registro nacional.

Artículo 22. Registro nacional de actividad y resultados de los centros y servicios de reproducción asistida.

1. Con carácter asociado o independiente del registro anterior, el Gobierno, mediante real decreto y previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, regulará la constitución, organización y funcionamiento de un Registro de actividad de los centros y servicios de reproducción asistida.

2. El Registro de actividad de los centros y servicios de reproducción asistida deberá hacer públicos con periodicidad al menos anual los datos de actividad de los centros relativos al número de técnicas y procedimientos de diferente tipo para los que se encuentren autorizados, así como las tasas de éxito en términos reproductivos obtenidas por cada centro con cada técnica, y cualquier otro dato que se considere necesario para que por los usuarios de las técnicas de reproducción asistida se pueda valorar la calidad de la atención proporcionada por cada centro.

El Registro de actividad de los centros y servicios de reproducción asistida recogerá también el número de preembriones crioconservados que se conserven, en su caso, en cada centro.

Artículo 23. Suministro de información.

Los centros en los que se practiquen técnicas de reproducción asistida están obligados a suministrar la información precisa para su adecuado funcionamiento a las autoridades encargadas de los registros regulados en los dos artículos anteriores.

CAPÍTULO VIII

Infracciones y sanciones

Artículo 24. Normas generales.

1. La potestad sancionadora regulada en esta Ley se ejercerá, en lo no previsto en ella, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Admi-

nistrativo Común, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

2. Las infracciones en materia de reproducción humana asistida serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

3. Cuando, a juicio de la Administración, la infracción pudiera ser constitutiva de delito o falta, el órgano administrativo dará traslado al Ministerio Fiscal y se abstendrá de proseguir el procedimiento sancionador mientras la autoridad judicial no se haya pronunciado. La sanción penal excluirá la imposición de sanción administrativa.

De no haberse estimado la existencia de delito, la Administración continuará el expediente sancionador tomando como base los hechos que los tribunales hayan considerado probados.

Las medidas administrativas que hubieran sido adoptadas para salvaguardar el derecho a la protección de la salud y la seguridad de las personas se mantendrán en tanto la autoridad judicial se pronuncia sobre ellas.

En ningún caso se impondrá una doble sanción por los mismos hechos y en función de los mismos intereses protegidos, si bien deberán exigirse las demás responsabilidades que se deduzcan de otros hechos o infracciones concurrentes.

4. En los procedimientos sancionadores por infracciones graves o muy graves se podrán adoptar, con arreglo a la de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y sus normas de desarrollo, las medidas de carácter provisional previstas en dichas normas que se estimen necesarias para asegurar la eficacia de la resolución que definitivamente se dicte, el buen fin del procedimiento, evitar el mantenimiento de los efectos de la infracción y las exigencias de los intereses generales.

En la adopción y cumplimiento de tales medidas se respetarán, en todo caso, las garantías, normas y procedimientos previstos en el ordenamiento jurídico para proteger los derechos a la intimidad personal y familiar y a la protección de los datos personales, cuando éstos pudieran resultar afectados.

En los casos de urgencia y para la inmediata protección de los intereses implicados, las medidas provisionales previstas en este apartado podrán ser acordadas antes de la iniciación del expediente sancionador. Las medidas deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas en el acuerdo de iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los 15 días siguientes a su adopción, el cual podrá ser objeto del recurso que proceda. En todo caso, dichas medidas quedarán sin efecto si no se inicia el procedimiento sancionador en dicho plazo o cuando el acuerdo de iniciación no contenga un pronunciamiento expreso acerca de aquéllas. El órgano administrativo competente para resolver el procedimiento sancionador podrá imponer multas coercitivas por importe que no exceda de 1.000 euros por cada día que transcurra sin cumplir las medidas provisionales que hubieran sido acordadas.

5. Las infracciones muy graves prescribirán a los tres años; las graves, a los dos años, y las leves, a los seis meses. Las sanciones impuestas por faltas muy graves prescribirán a los tres años; las impuestas por faltas graves, a los dos años, y las impuestas por faltas leves, al año.

Artículo 25. Responsables.

De las diferentes infracciones será responsable su autor.

Cuando el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley corresponda a varias personas conjuntamente, responderán de forma solidaria de las infracciones que se comentan y de las sanciones que se impongan.

De conformidad con lo previsto en el artículo 130.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, los directores de los centros o servicios responderán solidariamente de las infracciones cometidas por los equipos biomédicos dependientes de aquéllos.

Artículo 26. Infracciones.

1. Las infracciones en materia de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida se califican como leves, graves o muy graves.

2. Además de las previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y de las tipificadas en la legislación de las comunidades autónomas, se consideran como infracciones leves, graves y muy graves las siguientes:

a) Es infracción leve el incumplimiento de cualquier obligación o la transgresión de cualquier prohibición establecida en esta Ley, siempre que no se encuentre expresamente tipificada como infracción grave o muy grave.

b) Son infracciones graves:

1.ª La vulneración por los equipos de trabajo de sus obligaciones legales en el tratamiento a los usuarios de estas técnicas.

2.ª La omisión de la información o los estudios previos necesarios para evitar lesionar los intereses de donantes o usuarios o la transmisión de enfermedades congénitas o hereditarias.

3.ª La omisión de datos, consentimientos y referencias exigidas por esta Ley, así como la falta de realización de la historia clínica en cada caso.

4.ª La ausencia de suministro a la autoridad sanitaria correspondiente para el funcionamiento de los registros previstos en esta Ley de los datos pertenecientes a un centro determinado durante un período anual.

5.ª La ruptura de las condiciones de confidencialidad de los datos de los donantes establecidas en esta Ley.

6.ª La retribución económica de la donación de gametos y preembriones o su compensación económica en contra de lo previsto en los artículos 5.3 y 11.6.

7.ª La generación de un número de hijos por donante superior al legalmente establecido que resulte de la falta de diligencia del centro o servicio correspondiente en la comprobación de los datos facilitados por los donantes y, en el caso de éstos, el suministro de datos falsos en la identidad o la referencia a otras donaciones previas.

8.ª La generación de un número de preembriones en cada ciclo reproductivo que supere el necesario, conforme a los criterios clínicos para garantizar en límites razonables el éxito reproductivo en cada caso.

9.ª En el caso de la fecundación in vitro y técnicas afines, la transferencia de más de tres preembriones a cada mujer en cada ciclo reproductivo.

10.ª La realización continuada de prácticas de estimulación ovárica que puedan resultar lesivas para la salud de las mujeres donantes sanas.

11.ª El incumplimiento de las normas y garantías establecidas para el traslado, importación o exportación de preembriones y gametos entre países.

c) Son infracciones muy graves:

1.ª Permitir el desarrollo in vitro de los preembriones más allá del límite de 14 días siguientes a la fecundación del ovocito, descontando de ese tiempo el que pudieran haber estado crioconservados.

2.ª La práctica de cualquier técnica no incluida en el anexo ni autorizada como técnica experimental en los términos previstos en el artículo 2.

3.ª La realización o práctica de técnicas de reproducción asistida en centros que no cuenten con la debida autorización.

4.ª La investigación con preembriones humanos con incumplimiento de los límites, condiciones y procedimientos de autorización establecidos en esta Ley.

5.ª La creación de preembriones con material biológico masculino de individuos diferentes para su transferencia a la mujer receptora.

6.ª La transferencia a la mujer receptora en un mismo acto de preembriones originados con ovocitos de distintas mujeres.

7.ª La producción de híbridos interespecíficos que utilicen material genético humano, salvo en los casos de los ensayos actualmente permitidos.

8.ª La transferencia a la mujer receptora de gametos o preembriones sin las garantías biológicas de viabilidad exigibles.

9.ª La práctica de técnicas de transferencia nuclear con fines reproductivos.

10.ª La selección del sexo o la manipulación genética con fines no terapéuticos o terapéuticos no autorizados.

Artículo 27. Sanciones.

1. Las infracciones leves serán sancionadas con multa de hasta 1.000 euros; las graves, con multa desde 1.001 euros hasta 10.000 euros, y las muy graves, desde 10.001 euros hasta un millón de euros.

En el caso de las infracciones muy graves tipificadas en el artículo 26.c)2.ª y 3.ª, además de la multa pecuniaria, se podrá acordar la clausura o cierre de los centros o servicios en los que se practiquen las técnicas de reproducción humana asistida.

En el caso de la infracción grave tipificada en el artículo 26.b)5.ª, además de la multa pecuniaria, se podrá acordar en la resolución que imponga la sanción la revocación de la autorización concedida al centro o servicio de reproducción asistida.

2. La cuantía de la sanción que se imponga, dentro de los límites indicados, se graduará teniendo en cuenta los riesgos para la salud de la madre o de los preembriones generados, la cuantía del eventual beneficio obtenido, el grado de intencionalidad, la gravedad de la alteración sanitaria o social producida, la generalización de la infracción y la reincidencia.

3. En todo caso, cuando la cuantía de la multa resulte inferior al beneficio obtenido por la comisión de la infracción, la sanción será aumentada hasta el doble del importe en que se haya beneficiado el infractor.

4. Si un mismo hecho u omisión fuera constitutivo de dos o más infracciones, tipificadas en esta u otras Leyes, se tomará en consideración únicamente aquélla que comporte la mayor sanción.

5. Las cuantías de las multas serán revisadas y actualizadas periódicamente por el Gobierno mediante real decreto.

Artículo 28. Competencia sancionadora.

Los órganos competentes de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía, en su caso, ejercerán las funciones de control e inspección, de oficio o a instancia de parte, así como la instrucción y resolución de expedientes sancionadores.

Disposición adicional primera. Preembriones crioconservados con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley.

A partir de la entrada en vigor de esta Ley, las parejas o, en su caso, las mujeres que dispongan de preembriones crioconservados en los bancos correspondientes y que hubieran ejercido su derecho a decidir el destino de dichos preembriones mediante la firma del consentimiento informado correspondiente en los términos permitidos por la legislación anterior, podrán ampliar o modificar los términos de su opción con cualquiera de las previstas en esta Ley.

Disposición adicional segunda. Comisión de seguimiento y control de donación y utilización de células y tejidos humanos.

La Comisión de seguimiento y control de donación y utilización de células y tejidos humanos mantendrá su composición, competencias y reglas de funcionamiento actuales, dependiente del Instituto de Salud «Carlos III». En particular le corresponderá la emisión del informe favorable previsto en el segundo inciso del artículo 15.1.d) relativo a los proyectos de investigación relacionados con la obtención, desarrollo y utilización de líneas celulares de células troncales embrionarias.

Disposición adicional tercera. Organización Nacional de Trasplantes.

1. Se modifica el organismo autónomo Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa, creado por la disposición adicional única de la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida, que pasa a denominarse Organización Nacional de Trasplantes.

2. La Organización Nacional de Trasplantes conserva la naturaleza de organismo autónomo, de acuerdo con lo previsto en los artículos 41 y siguientes de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, con personalidad jurídico-pública diferenciada y plena capacidad de obrar, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, al que corresponde su dirección estratégica y la evaluación y control de los resultados de su actividad. En dicho organismo estarán representadas las comunidades autónomas en la forma que reglamentariamente se establezca.

3. Son fines generales de la Organización Nacional de Trasplantes, sin perjuicio de las competencias del Instituto de Salud «Carlos III» y de las atribuciones de otros órganos del Ministerio de Sanidad y Consumo:

a) Coordinar y gestionar la política de donación y trasplantes de órganos y tejidos de aplicación en humanos en España.

b) Promover e impulsar la donación de órganos y tejidos.

c) Promover e impulsar los trasplantes de órganos, tejidos y células en España.

d) Promover la formación continuada en materia de donación y trasplantes de órganos y tejidos.

e) Desarrollar, mantener, custodiar y analizar los datos de los registros de origen, destino y seguimiento de los órganos y tejidos obtenidos con la finalidad de trasplante.

f) Asesorar al Ministerio de Sanidad y Consumo y a los departamentos de sanidad de las comunidades autónomas en materia de trasplantes de aplicación en humanos.

g) Representar al Ministerio de Sanidad y Consumo en los organismos nacionales e internacionales en materias relacionadas con los trasplantes.

h) Aquellas otras funciones que pueda asignarle el Ministerio de Sanidad y Consumo en la coordinación y gestión de los ensayos clínicos y la aplicación terapéutica de la medicina regenerativa.

4. Para la consecución de sus fines, se atribuyen a la Organización Nacional de Trasplantes las funciones que en materia de trasplantes se reconocen al Ministerio de Sanidad y Consumo por la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, y atribuidas a la Organización Nacional de Trasplantes por el Real Decreto 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.

5. Las funciones y competencias en materia de investigación en terapia celular y de medicina regenerativa del organismo modificado se atribuyen al organismo autónomo Instituto de Salud «Carlos III».

6. El personal que a la entrada en vigor de esta Ley preste servicios en el Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa, en el ámbito de las funciones y competencias que se atribuyen a la Organización Nacional de Trasplantes, y aquel del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria que realice funciones de soporte y coordinación de transplantes, quedará integrado en el organismo autónomo que se modifica con la misma naturaleza, régimen jurídico, situación, antigüedad, régimen retributivo y de organización que tuviera. Queda exceptuado de esta disposición el personal perteneciente a la Subdirección General de Terapia Celular y Medicina Regenerativa, que se adscribe al Instituto de Salud «Carlos III».

7. El personal al servicio de la Organización Nacional de Trasplantes podrá ser funcionario, estatutario o laboral en los mismos términos que los establecidos para la Administración General del Estado. El personal estatutario estará sujeto a la relación funcionarial especial prevista en el artículo 1 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, aprobado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, y le será de aplicación la citada Ley.

8. La Organización Nacional de Trasplantes asumirá la titularidad de los recursos, derechos, deberes y obligaciones que, en el ámbito de sus fines y competencias, fueran de la titularidad del Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa.

9. El Gobierno, en el plazo de seis meses, aprobará un nuevo estatuto de la Organización Nacional de Trasplantes, adaptado a esta Ley, mediante real decreto, a iniciativa del Ministro de Sanidad y Consumo y a propuesta conjunta de los Ministros de Administraciones Públicas y de Economía y Hacienda. Hasta entonces permanecerá vigente el aprobado por el Real Decreto 176/2004, de 30 de enero, en cuanto se ajuste a los fines enumerados en el apartado 3 de esta disposición y no se oponga a lo previsto en esta Ley.

Disposición adicional cuarta. Banco Nacional de Líneas Celulares.

El Banco Nacional de Líneas Celulares se adscribe al Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Salud «Carlos III».

Disposición adicional quinta. Garantía de no discriminación de las personas con discapacidad.

Con arreglo a lo dispuesto en la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, las personas con discapacidad gozarán de los derechos y facultades reconocidos en esta Ley, no pudiendo ser discriminadas por razón de discapacidad en el acceso y utilización de las técnicas de reproducción humana asistida.

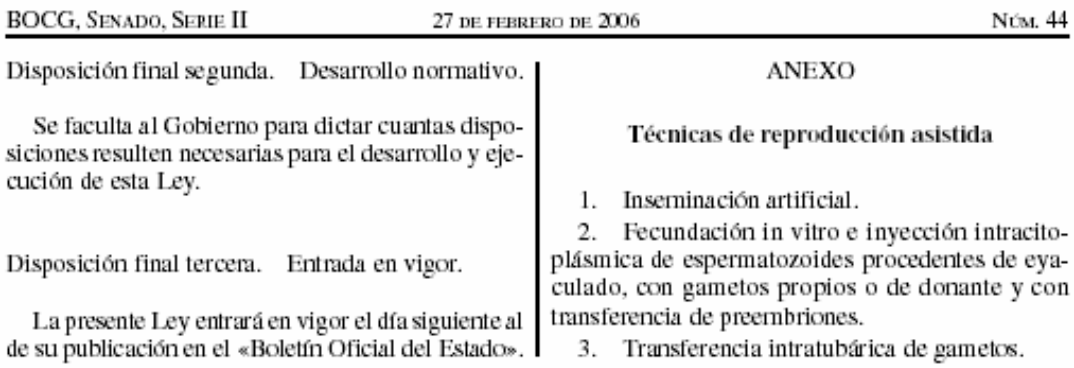
Asimismo la información y el asesoramiento a que se refiere esta Ley se prestarán a las personas con discapacidad en condiciones y formatos accesibles apropiados a sus necesidades.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

A la entrada en vigor de esta Ley quedan derogadas todas las disposiciones normativas que se le opongan y, en particular, la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida, y la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida.

Disposición final primera. Título competencial.

Esta Ley, que tiene carácter básico, se dicta al amparo del artículo 149.1.16.ª de la Constitución. Se exceptúa de lo anterior su capítulo IV, que se dicta al amparo del artículo 149.1.15.ª de la Constitución, y los artículos 7 a 10, que se dictan al amparo de su artículo 149.1.8.ª.



BOCG, SENADO, SERIE II 27 DE FEBRERO DE 2006 NÚM. 44

Disposición final segunda. Desarrollo normativo.

Se faculta al Gobierno para dictar cuantas disposiciones resulten necesarias para el desarrollo y ejecución de esta Ley.

Disposición final tercera. Entrada en vigor.

La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

ANEXO

Técnicas de reproducción asistida

1. Inseminación artificial.
2. Fecundación in vitro e inyección intracitoplásmica de espermatozoides procedentes de eyaculado, con gametos propios o de donante y con transferencia de preembriones.
3. Transferencia intratubárica de gametos.

- **Proyecto de Real Decreto por el que se establece la Cartera de Servicios Básicos Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.**

Texto completo: http://www.aan.org.es/borradorcarteraservicios03010.pdf

- **Proyecto de Ley de mediación de seguros y reaseguros privados**

Texto completo: Boletín del Congreso – Proyectos de ley - Tramitación

http://www.congreso.es

- **Real Decreto 361/2006, de 27-03-2006, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de los medios adscritos a la gestión de las prestaciones sanitarias del Seguro Escolar.**

  - D.O.C.M. núm. 67, de 30 de marzo de 2006, pág. 7264.

- **Decreto 34/2006, de 28-03-2006, de modificación del Decreto 273/2004, de 09-11-2004, sobre la prestación de atención bucodental a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años.**

  - D.O.C.M. núm. 68, de 31 de marzo de 2006, pág. 7581

- **Decreto 33/2006, de 28-03-2006, por el que se regula el Registro Electrónico de Contratos del sector público regional de Castilla-La Mancha**

  - D.O.C.M. núm. 68, de 31 de marzo de 2006, pág. 7579.

BIOÉTICA

- De Hipócrates a Kevorkian: ¿Hacia dónde va la ética médica? (Dr.Hans Thomas).

El Dr. Hans Thomas realiza en este trabajo una serie de consideraciones relativas al papel de la ética en el contexto cada vez más juridificado de los modernos Estados de Derecho con especial atención al reducido margen que, como en su opinión le queda a la ética médica con motivo de la excesiva legislación y judicialización de la actividad sanitaria.

Más información: http://www.bioeticaweb.com/content/view/79/42

- Ética en la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias

La Comisión Deontológica de la OMC recoge en el documento que transcribimos una serie de recomendaciones relativas a la necesidad de incluir criterios éticos y deontológicos en la relación de los profesionales, centros y servicios sanitarios con la industria farmacéutica, apelando por la formación en esta materia de los profesionales sanitarios.

Declaración de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos de España

Madrid, 1 de octubre de 2005

1. Al colegiarse, el médico asume públicamente el compromiso deontológico de prestar a sus pacientes una atención de calidad humana y científica (CEDM art. 18). Esto implica una ética de la prescripción basada en los principios de libertad, que la Comisión Central de Deontología desarrolló en su Declaración sobre la libertad de prescripción del médico (1998), aprobada por la Asamblea General y publicada en la revista OMC, nº 62 (febrero de 1999). En ella, se establece que la libertad de prescripción está vinculada a la responsabilidad profesional, lo cual supone que la aplicación de un medio terapéutico o diagnóstico debe ir precedida de una consideración de su validez científica, su idoneidad para un paciente determinado y su eficiencia. La Declaración hacía una mención expresa

de los aspectos económicos de las decisiones médicas: "El médico no puede olvidar que el dinero con que se han de pagar sus prescripciones no es suyo, sino del paciente o de las instituciones que las toman a su cargo, y que ha de hacer de él un uso racional [...]
Este deber deontológico de prescribir con racionalidad y economía obliga al médico a ser plenamente independiente de condicionamientos que limiten su libertad de hacer en cada caso lo mejor, también lo mejor económico, por su paciente y por quien asume sus gastos".

2. Los profundos cambios experimentados por la organización sanitaria en los últimos decenios han situado la eficiencia y el factor económico en un lugar significativo de la toma de decisiones médicas, las cuales pueden verse interferidas por intereses no siempre coincidentes con los del paciente, sujeto principal de la atención sanitaria. De este modo pueden entran en acción al menos dos agentes que se relacionan con el médico que decide la prescripción o que toma decisiones con implicaciones económicas, que en algunas circunstancias podría verse indebidamente influido por intereses procedentes de la entidad proveedora de servicios (pública o privada) y/o de la industria o empresa sanitaria.

3. Se plantean así problemas éticos y conflictos de intereses para el médico cuyo comportamiento deberá estar movido por principios de independencia profesional, lealtad hacia el paciente y transparencia hacia la sociedad. La ejemplaridad del médico es un valor moral muy relevante para fundamentar la confianza en la relación clínica y el respeto social hacia la profesión médica.

4. La Comisión Central de Deontología siente la necesidad de ofrecer a la colegiación algunos criterios éticos y deontológicos, que puedan contribuir, junto con otros agentes involucrados (administración sanitaria, industria farmacéutica y sanitaria, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, entidades asistenciales) a la deliberación social en una cuestión de gran interés y con serias implicaciones para el bien común.

5. La relación del médico con las compañías farmacéuticas y sanitarias debe estar regida por los principios y valores característicos de la profesión médica: rigor científico y racionalidad, espíritu de cooperación, sentido de servicio a los pacientes y responsabilidad ante la sociedad. Este mismo compromiso de lealtad profesional del médico ha de inspirar sus relaciones con las entidades proveedoras de servicios de salud, sean públicas o privadas.

6. Las compañías farmacéuticas tienen legítimos intereses comerciales que se traducen en la promoción de sus productos mediante las tradicionales estrategias de información y publicidad, de ordinario acompañadas de atenciones comerciales. En España existe una legislación (Real Decreto 1416/1994) que detalla los límites y el valor de los obsequios y la hospitalidad que un médico puede aceptar. Además de lo establecido por la norma legal, el médico procurará mantener una actitud de elegancia y sobriedad ante las atenciones comerciales, y evitará con prudencia cualquier signo de ostentación publicitaria ante los pacientes.

7. Es aceptable, y aun necesario, que la industria farmacéutica organice y financie actividades científicas y de formación que suponen un elemento esencial y valioso de la educación médica continuada. Ello, sin embargo, no puede hacer olvidar que ésta es una obligación ética primaria del médico, en cuyo desarrollo práctico tiene una responsabilidad ineludible la institución en cuyo seno el médico desarrolla su actividad profesional en régimen de dedicación exclusiva o preferente.

8. Los médicos que asumen responsabilidades directivas en aquellas actividades científicas y de formación médica que reciben financiación de entidades comerciales privadas deben garantizar la independencia de los contenidos de los programas que ellos desarrollan, y expresarán con claridad y transparencia la naturaleza del patrocinio recibido. Quedarán claramente definidos los actos de una reunión científica dedicados a la información promocional de un producto o procedimiento. El médico que participe en estos eventos en calidad de experto deberá exigir que así se declare a todos.

9. Es muy valiosa la información de la industria que facilita la transferencia tecnológica ante un nuevo producto sanitario o una nueva indicación con potencial valor añadido a la calidad asistencial. Sin embargo, es condenable la práctica de hacer a los profesionales de la medicina objeto de estrategias promocionales meramente repetitivas y que tratan de obtener el mayor número de "impactos" publicitarios. El médico debe ponderar el tiempo que invierte en recibir información de la industria farmacéutica de acuerdo con criterios de eficiencia.
Deberá mantener con los representantes de la industria farmacéutica y sanitaria una relación presidida por la utilidad, la cortesía y el respeto profesional.

10. Es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario. Este principio ético fundamental no admite excepciones enmascaradas en supuestos estudios de investigación, por ejemplo de farmacovigilacia, que inducen a realizar unas determinadas prescripciones. Este criterio debe contribuir también a la reflexión, lo mismo del médico individual como de los grupos de médicos, a la hora de establecer acuerdos de colaboración con la industria sanitaria para facilitar la asistencia a congresos, actividades formativas o cualquier otro tipo de ayuda.

11. Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión relacionada con la adquisición de suministros sanitarios tienen un deber deontológico de ejemplaridad que rebasa el nivel mínimo que exige la norma legal, tanto ante los médicos y el personal de su institución como ante los usuarios. Los incentivos directos a la prescripción – positivos o negativos- son también contrarios a la ética cuando proceden de los gestores del centro sanitario, siendo especialmente reprobables si fueran promovidos por profesionales obligados a observar las normas de la deontología médica.

12. La cooperación entre la profesión médica y la industria sanitaria es necesaria en todos los niveles del desarrollo y uso de los medicamentos o de cualquier otro material sanitario, para garantizar la seguridad de los pacientes y la eficacia de los tratamientos. El médico, que tiene derecho a recibir una compensación razonable de la industria por su trabajo como investigador, como consultor o como docente, tiene también el deber correlativo de manifestar estos vínculos siempre que sea procedente y realizará la correspondiente declaración de intereses, especialmente al hacer públicos resultados científicos.
Cuando un médico participa en una investigación científica promovida por una empresa farmacéutica deberá condicionar su participación a disponer de plena libertad para su publicación, independientemente de que los resultados sean favorables o no desde la perspectiva de la empresa promotora. El médico que en calidad de experto hace recomendaciones tanto en medios científicos como en medios de comunicación general debe hacer constar, si existen, sus vinculaciones con la industria.

13. Actualmente la administración sanitaria en España dedica escasos recursos a la formación continuada de los médicos, y deja en manos de la industria farmacéutica gran parte de su financiación. En esta situación, y teniendo en cuenta los salarios que reciben los médicos en España, se comprende que sean muchos los médicos que, para acceder a la

necesaria actualización profesional, recurran a la ayuda de la industria, sin la que los congresos médicos serían inviables. Por estas razones y mientras no se modifique tal situación, es recomendable que los médicos se asesoren a través de las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos antes de fijar sus relaciones con la industria farmacéutica y sanitaria.

14. Algunas sociedades científicas e instituciones médicas están recomendando a sus miembros la realización de registros de colaboraciones y declaraciones voluntarias de intereses, lo que resulta ejemplar de cara a promover la transparencia en cuanto criterio ético fundamental en las relaciones de los médicos con la industria farmacéutica y sanitaria.

15. La Comisión Central de Deontología insta a los responsables de la formación médica, en especial de los estudiantes de Medicina, para que en las Facultades se introduzcan, ya desde los primeros años de la licenciatura, estos valores éticos.

CUESTIONES DE INTERÉS

- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Valencia, de 2 de junio del 2005.

Recurso contra Sentencia núm. 3744/2004

Ilmo. Sr. D. Francisco José Pérez Navarro

Presidente

Ilmo. Sr. D. Manuel José Pons Gil

Ilma. Sra. Dª. Isabel Moreno de Viana Cárdenas

En Valencia, a dos de Junio de dos mil cinco

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, compuesta por los Ilmos. Sres. Magistrados citados al margen, ha dictado la siguiente,

SENTENCIA Nº 1797/2005

En el Recurso de Suplicación núm. 3744/04, interpuesto contra la sentencia de fecha 30 de Septiembre de 2004, dictada por el Juzgado de lo Social núm. 3 de Castellón, en los autos núm. 355/04, seguidos sobre Cantidad, a instancia de D. Francisco, asistido del Letrado Mª Jose Marti, contra CONSELLERIA DE SANIDAD, y en los que es recurrente el demandado, habiendo actuado como Ponente el/a Ilmo. Sr. D. Francisco José Pérez Navarro.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La sentencia recurrida de fecha 30 de Septiembre de 2004, dice en su parte dispositiva: "FALLO: "Que estimando la demanda interpuesta por DON Francisco contra la CONSELLERIA DE SANIDAD debo declarar y declaro el derecho del actor a percibir en concepto de retribuciones básicas por el periodo comprendido entre junio de 2002 a febrero de 2004 la cantidad de 8071,27 euros y debo condenar y condeno a la CONSELLERIA DE SANIDAD a estar y pasar por tal declaración."

SEGUNDO.- Que en la citada sentencia y como HECHOS PROBADOS se declaran los siguientes: "PRIMERO.- Don Francisco, con D.N.I. NUM000, viene prestando sus

servicios profesionales para la Conselleria de Sanidad en el Consultorio 9 de Octubre de Castellón como facultativo general de cupo y zona. SEGUNDO.- La retribución básica del actor viene determinada por un coeficiente que se fija anualmente por la Ley de Presupuestos multiplicado por cada titular de cartilla/mes. En el año 2002 el coeficiente fue de 0,8175 en el año 2003 de 0,83386 y en el año 2.004 de 0,85054. TERCERO.- Desde el mes de junio de 2002 para la confección de la nomina del actor se utilizan los ficheros de cupos (P-20) que contienen el numero de titulares de derecho o de cartillas, en relación con los ficheros de la totalidad de usuarios que consta en el SIP (Servicio de Información Poblacional). CUARTO.- Al actor se le han abonado las siguientes tarjetas de titulares de derecho y tenía asignados los siguientes titulares y beneficiarios: QUINTO.- Con fecha 20-4-2004 el actor presentó reclamación previa ante la Conselleria de Sanidad que fue desestimada por Resolución de fecha 9 de junio de 2004. El día 21-5-2004 se presentó demanda ante el Decanato de los Juzgados de Castellón".

TERCERO.- Que contra dicha sentencia se interpuso recurso de suplicación por la parte demandada, que fue impugnado por la representación contraria. Recibidos los autos en esta Sala, se acordó la formación del rollo correspondiente y su pase al Ponente.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

ÚNICO.- 1. El recurso interpuesto se estructura en un solo motivo que se formula al amparo del art.191.c) de la Ley de Procedimiento Laboral, denunciando infracción por interpretación errónea del "Decreto 126/1999, de 16 de agosto, del Gobierno Valenciano, por el que se crea el sistema de información poblacional (SIP); y por inaplicación, los arts.30.1.1. del Estatuto del Personal Médico (Decreto 3160/1966), el art. 178.2 del Reglamento General de Régimen de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden de 7/7/1972), el art.1.1.1.1 de la Orden de 8 de agosto de 1986, por la que se fijan las retribuciones del personal dependiente del INSALUD, ICS y RASSA (BOE 194/1986, de 14 de agosto), en relación con el art.217 LEC". Argumenta en síntesis que la retribución de los médicos de cupo debe ir determinada en función de los titulares de cartillas asignados y no de los beneficiarios, sin que el actor haya acreditado la asistencia de algún beneficiario no titular durante el período reclamado.

2.De acuerdo con lo argumentado por esta Sala, por ejemplo en la sentencia resolutoria del recurso 1496/04 "...Como ya indicamos en la sentencia resolutoria del recurso 2495/2001, en relación con las tarjetas individuales sanitarias (TIS), respondiendo el otorgamiento de las tarjetas de asistencia sanitaria a la universalización de la Seguridad Social para todos los ciudadanos (art.41 de la Constitución), cuando esas tarjetas se asignan al facultativo de cupo una interpretación de la normativa acorde con lo dispuesto en el art.53.3. de la Constitución, conduce a que el demandante ostente el derecho a percibir por ello la remuneración correspondiente en atención a su propio sistema retributivo (art.116.2. del T.R. de la LGSS de 1974 y 88.1. y 89.1. del Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social), a través de la normativa

introducida en la Comunidad Autónoma Valenciana por el Decreto 88/89, de 12 de junio, del Consell de la Generalitat Valenciana. Por otra parte la problemática traída ahora a nuestra consideración ha sido resuelta en sentido favorable a los médicos de cupo. Así en la sentencia resolutoria del recurso 641/04, y en la correspondiente al recurso 985/04 ya indicamos trayendo a colación de nuevo la universalización del derecho a la asistencia sanitaria, garantizado en los arts. 41 y 43 de la Constitución y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que el desarrollo del mandato constitucional "se ha plasmado legislativamente, y a nivel autonómico, por mandato del art. 38.1 del Estatuto de Autonomía, en la creación del Sistema de Información Poblacional, por Decreto 126/1999, de 16 de agosto del Gobierno Valenciano, que es un registro administrativo que incluye a las personas que tienen derecho a la protección referida y que determina que el sistema de cartillas haya quedado desfasado y sustituido por el de la tarjeta sanitaria, tarjetas que ya eran conocidas, al ser asignadas a las personas que acreditaban insuficiencia de recursos económicos por mandato del Real Decreto 88/1989, con la denominación de tarjetas individuales sanitarias, y que daban derecho, como las actuales, a la asistencia sanitaria de las personas individualmente consideradas (sentencia de esta sala nº 561 de 29 de enero de 2.000). La Resolución de la Dirección de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de fecha 31 de mayo de 2.002 determina la implantación de la tarjeta sanitaria y el abandono de las anteriores cartillas, de forma que a partir del 1 de junio del 2.002 se utiliza el fichero de cupo del SIP. Esta misma Resolución resolvió autorizar la utilización de los ficheros de cupo (P-20), obtenidos del SIP para la confección de las nóminas del personal de cupo y zona"...al deber calcularse las retribuciones de este personal "...por el número de personas asignadas al cupo con independencia de que sean titulares o beneficiarios del derecho de asistencia sanitaria, contributivo a asistencial, lo que se acredita con los listados del SIP, que incluyen a las personas con derecho a asistencia sanitaria, a los que se les expide la correspondiente tarjeta sanitaria, sin distinción entre titulares y beneficiarios...", debiendo subrayarse como se deduce directamente de la normativa sobre retribuciones de este personal antes referida, que la remuneración no está en relación con el número de pacientes efectivamente atendidos por el facultativo sino por el número asignado a su cupo, por lo que la alegación efectuada por la parte recurrente de que el actor no ha acreditado la asistencia de beneficiarios no titulares, carece de toda virtualidad, en lo demás el principio de igualdad en la aplicación de la ley obliga a seguir aquí idéntico criterio al señalado en la sentencia parcialmente transcrita antes, donde se citaban muchas otras, lo que implica la desestimación del recurso interpuesto e íntegra confirmación de la sentencia impugnada.

FALLO

Que debemos desestimar y desestimamos el Recurso de Suplicación interpuesto en nombre de CONSELLERIA DE SANIDAD contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social núm. 3 de Castellón de fecha 30 de Septiembre de 2004 en virtud de demanda formulada a instancia de D. Francisco, y en su consecuencia, debemos confirmar y confirmamos la sentencia recurrida.

Se condena a la recurrente a que abone en concepto de honorarios al Letrado de la parte recurrida la cantidad de 300 euros.

La presente Sentencia, que se notificará a las partes y al Ministerio Fiscal, no es firme; póngase certificación literal de la misma en el rollo que se archivará en este Tribunal y también en los autos, que se devolverán al Juzgado de procedencia tan pronto adquiera firmeza para su ejecución.

Así, por esta nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

- Borrador de Real Decreto que regula la relación laboral de carácter especial de residencia.

A pesar de la especial importancia que para el avance y consolidación de nuestro sistema público sanitario ha tenido la formación de especialistas mediante el sistema de residencia, la relación de trabajo de los residentes ha carecido en España de regulación específica desde que las órdenes ministeriales de 3 de septiembre de 1969 y 28 de julio de 1971 crearan las figuras de médicos internos y residentes, estableciendo una vinculación contractual de carácter laboral con las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, constata que la regulación de la relación entre el residente y las entidades titulares docentes en su vertiente laboral se asienta básicamente sobre el contrato individual de trabajo y, en su disposición adicional primera, ordena al Gobierno la aprobación de un real decreto que regule la relación laboral de carácter especial de este personal, estableciendo por primera vez un marco general y homogéneo para todo el personal con independencia del centro que se responsabiliza de su formación. Ello asegurará que la realización y cumplimiento de los programas formativos en similares términos en todo el Estado se corresponde con un lógico régimen de derechos y deberes comunes a todos los residentes.

A tal efecto, conforme a las previsiones contenidas en el apartado 4 del artículo 11 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, por el Ministerio de Sanidad y Consumo se constituyó el correspondiente ámbito de negociación del Foro Marco para el Diálogo Social, con participación de las organizaciones sindicales representadas en dicho Foro Marco, con la finalidad de abordar los aspectos relacionados con la relación laboral especial de residencia que constituye el objeto de este real decreto, habiéndose producido una amplia participación que ha permitido la incorporación a la regulación de una buena parte de las propuestas efectuadas por dichas organizaciones sindicales específicas del ámbito sanitario.

Paralelamente, en la elaboración de este real decreto han participado ampliamente las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas, destacando a este

respecto el acuerdo que de forma unánime se adoptó en el Pleno de la Comisión de Recursos Humanos celebrado el 21 de noviembre de 2005, por el que se aprobó un marco retributivo común para todos los residentes, permitiendo no obstante que en los servicios de salud y demás entidades titulares, dentro de sus competencias, y de acuerdo con las fuentes reguladoras de la relación laboral de carácter especial, puedan establecerse diferencias específicas más adecuadas a sus propias políticas sanitarias.

El presente Real Decreto se estructura en tres capítulos, nueve disposiciones adicionales, tres transitorias, una derogatoria única y dos finales.

El capítulo I determina su objeto y ámbito de aplicación, así como el sistema de fuentes.

El capítulo 11, relativo al contrato, fija, entre otras materias, la duración de éste, los derechos y deberes de las partes, entre los que cabe destacar las disposiciones relativas a la jornada laboral, al sistema retributivo, así como a la suspensión y extinción del contrato.

El capítulo 111, finalmente, contiene las previsiones relativas al régimen disciplinario.

Las disposiciones adicionales regulan de forma novedosa aspectos relativos al personal con discapacidad, así como condiciones especiales para la protección integral contra la violencia de género.

Igualmente, considerando que el objetivo de ésta relación laboral es la obtención del título de especialista mediante la superación de un programa de formación, también se prevé una especial organización del tiempo de trabajo que, en algunos casos, permitirá al personal residente la conciliación de la vida familiar y laboral sin hacer uso de la reducción de jornada o de la suspensión del contrato, ya que éstas situaciones imposibilitan realizar un curso formativo completo en periodo anual.

Por último, se incluyen normas específicas para determinadas especialidades médicas, se regula el procedimiento para la revisión de las evaluaciones anuales y finales y se recoge de modo expreso el principio de condición más beneficiosa.

En las disposiciones transitorias se prevé la aplicación progresiva del régimen de jornada y del nuevo sistema retributivo, así como normas específicas para las especialidades de enfermería.

En su virtud, conforme a lo dispuesto en la disposición adicional primera de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, efectuadas las consultas previas con las organizaciones sindicales y asociaciones empresariales más representativas, tanto generales como específicas del sector sanitario, a propuesta conjunta de los Ministros de Sanidad y Consumo y Trabajo y Asuntos Sociales, previo informe del

Consejo General del Poder Judicial y del Consejo Económico y Social, el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día
DISPONGO:

CAPíTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto, ámbito de aplicación y fuentes.

1. Este real decreto tiene por objeto regular la relación laboral de carácter especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, de conformidad con lo previsto en la disposición adicional primera de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

2. Será de aplicación, como trabajadores, a los titulados universitarios que, previa participación en la prueba nacional selectiva, hayan obtenido plaza en las unidades docentes acreditadas con la finalidad de obtener el título de especialistas mediante el correspondiente Programa de Formación por el sistema de residencia previsto en el artículo 20 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, percibiendo las retribuciones legalmente establecidas.

También será de aplicación a los especialistas en Ciencias de la Salud que, conforme a lo establecido en el artículo 25 de la citada Ley, accedan a la formación para la obtención del Diploma de Área de Capacitación Específica, por el sistema de residencia.

3. Se aplicará en todo el territorio del Estado, cualquiera que sea la titularidad, pública o privada, de los establecimientos sanitarios donde se encuentren ubicadas las unidades docentes acreditadas para la docencia y formación de especialistas en Ciencias de la Salud.

4. Los derechos y obligaciones concernientes a la relación laboral de carácter especial de residencia se regularán por este real decreto y, con carácter supletorio, por el texto refundido de la ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1995, de 24 de marzo, así como por los convenios colectivos y por la voluntad de las partes manifestada en los contratos de trabajo, sin que en ningún caso se puedan establecer en ellos condiciones menos favorables al trabajador o contrarias a las previstas en las disposiciones legales y convenios colectivos antes referidos.

CAPíTULO II

DEL CONTRATO

Artículo 2. Forma, contenido y eficacia del contrato.

1. El contrato de trabajo se celebrará por escrito entre el residente, en su condición de trabajador, y la entidad titular de la Unidad Docente Acreditada para impartir la formación, en su condición de empleador o empresario.

2. En el contrato, que se formalizará por cuadruplicado, se incluirán, al menos, los siguientes extremos:

a) la identidad de las partes que lo suscriben.
b) El domicilio social de la empresa.
c) La Unidad Docente donde se desarrollará el Programa de Formación y Centro al que pertenece o, en su caso, los dispositivos que la integran. Si en la acreditación de la misma se prevé la rotación por más de un centro se hará constar esta circunstancia.
d) La convocatoria en la que el residente ha obtenido la plaza.
e) La fecha del comienzo de la relación laboral y su duración.
f) El título universitario del residente y el Programa de Formación que va a cursar.
g) Las cuantías de sus retribuciones.
h) La jornada laboral.
i) La duración de las vacaciones y la modalidad de atribución y determinación de las mismas.
j) El convenio colectivo que, en su caso, resulte aplicable.

3. Al contrato se incorporarán las diligencias de las renovaciones que en cada caso correspondan según la duración del Programa Formativo de la especialidad.
4. En esta relación laboral de carácter especial de residencia no podrá establecerse período de prueba.
5. Con carácter previo a la formalización del contrato, cada residente se someterá a un examen médico para comprobar que no padece enfermedad ni está afectado por alguna limitación, física o psíquica, que sea incompatible con las actividades profesionales que exige el correspondiente programa formativo. El contrato quedará sin efecto si, cumplido el procedimiento previsto en la Orden de Convocatoria por la que el residente obtuvo la plaza, se resolviese la no superación de dicho examen.

Artículo 3. Duración del contrato.

1. La duración del contrato será de un año, renovable por períodos iguales durante el tiempo que dure su Programa de Formación, siempre que, al final de cada año, el residente haya sido evaluado positivamente por el Comité de Evaluación de la Especialidad correspondiente.

2. En los supuestos previstos en el artículo 11.2, la duración del nuevo contrato podrá ser inferior al año, celebrándose por el tiempo necesario para finalizar el curso que fue interrumpido.

3. Cuando el residente obtenga una evaluación anual negativa por no alcanzar los objetivos formativos fijados, pero el Comité de Evaluación considere que puede alcanzarlos mediante un plan de recuperación específica y programada, el contrato

se prorrogará por el período de duración de dicho plan, que deberá realizarse dentro de los tres primeros meses del siguiente año lectivo, conjuntamente con las actividades propias de este, quedando supeditada la prórroga sucesiva al resultado de su posterior evaluación.
Esta prórroga de recuperación será también autorizada, finalizado el último año de residencia, si el Comité de Evaluación considera posible la recuperación mediante dicho plan.

4. Cuando la evaluación negativa se deba a la imposibilidad de la prestación de servicios superior al 25 por ciento de la jornada anual como consecuencia de la suspensión del contrato o de otras causas legales, se autorizará la prórroga del contrato por el tiempo necesario para completar el período formativo o la repetición completa del mismo, previo informe de la Comisión de Docencia correspondiente. La propuesta de repetición será resuelta por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Artículo 4. Derechos y deberes.

Además de los establecidos con carácter general por el Estatuto de los Trabajadores, los residentes tendrán los siguientes derechos y deberes específicos:

1. Derechos:
a) A conocer el Programa de Formación de la especialidad a cuyo título aspira, así como, en su caso, las adaptaciones individuales del mismo.

b) A la designación de un tutor que le asistirá durante el desarrollo de las actividades previstas en el programa de formación.

c) A recibir, a través de una práctica profesional programada, supervisada y evaluada, una formación teórico-práctica que le permita alcanzar progresivamente los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo de la especialidad, mediante su integración en la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias del Centro.

d) A ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su unidad, centro o institución, y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento de los mismos.

e) A ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad con un nivel progresivo de responsabilidad a medida que se avance en el programa formativo.

f) A conocer qué profesionales de la plantilla están presentes en la unidad en la que el residente está prestando servicios y a consultarles y pedir su apoyo cuando lo considere necesario, sin que ello pueda suponer la denegación de asistencia o el abandono de su puesto.

g) A participar en actividades docentes, investigadoras, asistencia les y de gestión clínica en las que intervenga la Unidad acreditada.

h) Al registro de sus actividades en el Libro del Especialista en Formación.

i) A que la evaluación continuada, anual y final de su aprendizaje se realice con la máxima objetividad.

j) A la prórroga de la formación durante el tiempo y las condiciones fijadas en los apartados 3 y 4 del artículo anterior.

k) A la revisión de las evaluaciones anuales y finales otorgadas según el procedimiento que se regula en este real decreto.

l) A participar, en los términos que establezca la legislación vigente, en la Comisión Nacional de la Especialidad y en las Comisiones de Docencia de los Centros.

m) A evaluar la adecuación de la organización y funcionamiento del Centro a la actividad docente, con la garantía de la confidencialidad de dicha información.

n) A recibir asistencia y protección de la Entidad Docente o servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.

ñ) A no ser desposeído de su plaza si no es por alguna de las causas de extinción previstas en este real decreto.

2. Deberes:

a) Realizar todo el Programa de Formación con dedicación a tiempo completo, sin compatibilizarlo con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado.

b) Formarse siguiendo las instrucciones de su tutor y del personal sanitario y de los órganos unipersonales y colegiados de dirección y docentes que, coordinadamente, se encargan del buen funcionamiento del Centro y del desarrollo del Programa de Formación de la especialidad correspondiente.

c) Conocer y cumplir los reglamentos y normas de funcionamiento aplicables en las Instituciones que integran la Unidad Docente, especialmente en lo que se refiere a los derechos del paciente.

d) Prestar personalmente los servicios y realizar las tareas asistencia les que establezca el correspondiente Programa de Formación y la organización funcional del Centro, para adquirir la competencia profesional relativa a la especialidad y también contribuir a los fines propios de la Institución Sanitaria.

e) Utilizar racionalmente los recursos en beneficio del paciente y evitar su uso ilegítimo para su propio provecho o de terceras personas

Artículo 5. Jornada laboral.

1. El tiempo de trabajo y régimen de descansos del personal residente serán los establecidos en el ámbito de los respectivos Servicios de Salud, con las siguientes peculiaridades:

a) La jornada ordinaria de trabajo se determinará mediante convenio colectivo. En su defecto, será la establecida, mediante normas, pactos o acuerdos, para el personal estatutario de la especialidad que el residente esté cursando en cada Servicio de Salud.

En todo caso, la duración máxima de la jornada Ordinaria no podrá exceder las 37,5 horas semanales de promedio en cómputo semestral, salvo que mediante acuerdo pacto o convenio se establezca otro cómputo.

b) Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente deberá mediar, como mínimo, un período de descanso continuo de 12 horas.

No obstante, después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera establecido excepcionalmente, bien sea de jornada complementaria, bien sea de tiempos conjuntos de ambas, el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de especial interés formativo según criterio de su tutor o en casos de problemas organizativos insuperables. En estos supuestos, se aplicara el régimen de descansos alternativos previstos legalmente.

c) El residente estará obligado exclusivamente a realizar las horas de jornada complementaria que el programa formativo establezca para el curso correspondiente. En todo caso, no podrá realizar más de 7 guardias al mes.

2. La jornada laboral asegurará el cumplimiento de los programas formativos. Dentro de las posibilidades organizativas y funcionales de cada Centro, se procurará disponer la jornada de los residentes de forma que la ordenación del tiempo de trabajo no perjudique su formación.

3. No podrán celebrarse contratos de trabajo del personal residente con jornada a tiempo parcial.

Artículo 6. Vacaciones, fiestas y permisos.

1. El personal residente disfrutará de las vacaciones, fiestas y permisos conforme a lo regulado en el artículo 37, apartados 2, 3,4,4 bis, 5 y 6 Y 38 del Estatuto de los Trabajadores.

2. Disfrutarán además, de los mismos días de libre disposición que el personal estatutario de cada Servicio de Salud.

3. El disfrute de las vacaciones anuales retribuidas y fiestas de los residentes se fijarán atendiendo al cumplimiento de los programas de docencia y a las necesidades asistenciales, de acuerdo con la programación funcional del Centro.

Artículo 7. Retribuciones.

1. La retribución de los residentes que presten servicios en las entidades titulares docentes dependientes del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo que se determine en las respectivas Leyes de Presupuestos, comprenderá los siguientes conceptos:

a) Sueldo, cuya cuantía será equivalente a la asignada, en concepto de sueldo base, al personal estatutario de los Servicios de Salud en función del título universitario exigido para el desempeño de su profesión, atendiendo, en el caso de los residentes, al exigido para el ingreso en el correspondiente programa de formación.

b) Complemento de grado de formación, cuya percepción se devengará a partir del segundo curso de formación.

Estará destinado a retribuir el nivel de conocimientos así como la progresiva adquisición de responsabilidades en el ejercicio de las tareas asistenciales.

Su cuantía será porcentual respecto al sueldo. Los porcentajes serán los siguientes:

1°. Residentes de segundo curso: ocho por ciento.
2°. Residentes de tercer curso: dieciocho por ciento.
3°.Residentes de cuarto curso: veintiocho por ciento.
4° .Residentes de quinto curso: treinta y ocho por ciento.

c) Complemento de atención continuada, destinado a remunerar la atención a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada.

2. Los residentes percibirán dos pagas extraordinarias que se devengarán semestralmente, en los meses de junio y diciembre, abonándose junto al salario correspondiente a dichos meses. El importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y del complemento de grado de formación.

3. Las retribuciones aquí establecidas corresponden al tiempo de trabajo efectivo, no computándose como tal los periodos de descanso entre jornadas.

4. Los residentes contratados por entidades privadas titulares de Unidades Docentes Acreditadas para impartir la formación percibirán su retribución conforme a lo establecido en el convenio colectivo que resulte aplicable. En ningún caso la remuneración correspondiente a la jornada ordinaria podrá ser inferior a la establecida en los apartados 1. a) y b) Y 2 de este artículo.

Artículo 8. Rotaciones.

1. Se considerarán rotaciones externas los periodos formativos en centros no previstos en el Programa de Formación ni en la acreditación otorgada al Centro o Unidad Docente en los que se desarrolla. Los residentes podrán realizar rotaciones externas siempre que se cumplan los siguientes requisitos:
a) Que la rotación externa sea propuesta y autorizada por los órganos competentes, especificando los objetivos que se pretenden, que deben referirse a la ampliación de conocimientos o al aprendizaje de técnicas no practicadas en el Centro y que, según el Programa de Formación, son necesarias o complementarias al mismo.

b) Que se realicen preferentemente en centros acreditados para la docencia o en centros nacionales o extranjeros de reconocido prestigio.

c) Que no superen los cuatro meses continuados dentro de cada período de evaluación anual.

d) Que la Gerencia del Centro de origen se comprometa expresamente a continuar abonando al residente la totalidad de sus retribuciones, incluidas las derivadas de la atención continuada que realice durante la rotación externa.

2. Las rotaciones externas darán derecho a gastos de viaje, conforme a las normas y acuerdos que resulten de aplicación a las entidades titulares de la correspondiente unidad docente.

3. Cada rotación externa figurará, debidamente visada, en el Libro del Especialista en Formación, y el Centro o Unidad donde se haya realizado emitirá el correspondiente informe de evaluación.

4. Las rotaciones por centros que estén previstas en el Programa de Formación o en la acreditación otorgada al Centro o Unidad Docente en el que se desarrolla serán internas y no conllevarán derecho económico alguno.

Artículo 9. Suspensión del contrato.

1. El contrato sólo podrá suspenderse por las causas siguientes:

a) Incapacidad temporal del residente.

b) Maternidad, riesgo durante el embarazo, adopción o acogimiento, preadoptivo o permanente, de menores de seis años.

c) Ejercicio de cargo público representativo.

d) Privación de libertad del trabajador, mientras no exista sentencia condenatoria.

e) Suspensión de empleo y sueldo por razones disciplinarias.

f) Fuerza mayor temporal.

g) Causas económicas, técnicas, organizativas o de producción.

h) Excedencia forzosa.

i) Por el ejercicio del derecho de huelga.

j) Cierre legal de la empresa o centro.

k) Por decisión de la residente que se vea obligada a abandonar su puesto de trabajo como consecuencia de ser víctima de violencia de género.

2. Dado el carácter esencialmente formativo de esta relación laboral y los rápidos avances de las ciencias de la salud, si el tiempo de la suspensión del contrato resultara superior a dos años, el residente se incorporará en la parte del Programa de Formación que acuerde la Comisión Docente de la especialidad, aunque ello suponga la repetición de algún período evaluado ya positivamente.

Artículo 10. Excedencias.

1. Se estará a lo regulado en el artículo 46 del Estatuto de los Trabajadores, con exclusión de la causa prevista en el apartado 2 del mismo, que no podrá reconocerse en ningún caso.

2. Si el tiempo de excedencia superara los dos años se estará a lo dispuesto en el apartado 2 del artículo anterior.

Artículo 11. Extinción del contrato.

1. El contrato se extinguirá por las siguientes causas: a) Por haber obtenido una evaluación anual positiva en el último año de formación y por lo tanto, finalizar el Programa de la especialidad correspondiente, sin que proceda indemnización por fin de contrato.

b) Por haber obtenido una evaluación anual negativa de carácter definitivo, sin que proceda indemnización por fin de contrato.

c) Por haber obtenido una evaluación final negativa, con independencia de que el residente solicite su revisión, sin que proceda indemnización por fin de contrato.

d) Por renuncia voluntaria del residente, de forma explícita o tácita, entendiéndose así cuando se haya autorizado la repetición completa del período formativo y el residente no se incorporara a su inicio sin causa justificada o cuando no se incorporara al plan específico de recuperación acordado por el Comité de Evaluación.

e) Por las causas previstas en el artículo 49.1. g), h), i) Y j) del Estatuto de los Trabajadores, o porque la Autoridad competente retire a la Unidad Docente la acreditación para la formación de especialistas.

f) Por superación de un periodo de seis meses de suspensión del contrato motivada por fuerza mayor temporal o causas económicas, técnicas organizativas o de producción.

g) Por despido disciplinario.

h) Por jubilación del trabajador.

i) Por muerte, gran invalidez o invalidez permanente total o absoluta del residente, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 48.2 del Estatuto de los Trabajadores.

j) Por decisión de la trabajadora que se vea obligada a abandonar definitivamente su puesto de trabajo como consecuencia de ser víctima de violencia de género.

2. Cuando la extinción se produzca por las causas previstas en los apartados 1.

e) f) y j), la Administración Sanitaria ofertará a los residentes afectados la posibilidad de continuar su formación como especialistas en otras unidades docentes, suscribiendo nuevos contratos con las entidades titulares de las mismas que darán por válidos los períodos de formación ya realizados y evaluados positivamente en la Unidad Docente de procedencia.

3. En el supuesto de extinción por despido disciplinario, si éste fuera declarado improcedente por sentencia firme, el residente tendrá derecho a optar entre la readmisión o la indemnización. Si optara por la readmisión, dependiendo del tiempo transcurrido desde que fue despedido y la ejecución de la sentencia, se procederá en la forma prevista en el artículo 9.2 respecto a la incorporación tras la suspensión del contrato.

4. La extinción del contrato supondrá también la de los derechos derivados de la superación de la correspondiente prueba nacional selectiva, por lo que, para acceder a un Programa de Formación de la misma especialidad o de otra diferente, se exigirá la superación de una nueva prueba, salvo cuando la causa de la extinción no sea imputable al residente.

CAPíTULO III

RÉGIMEN DISCIPLINARIO

Artículo 12. Responsabilidad disciplinaria.

El personal en formación por el sistema de residencia incurrirá en responsabilidad disciplinaria por las faltas que cometa.

Artículo 13. Clases de faltas.

1. Las faltas disciplinarias pueden ser leves, graves o muy graves.
2. Dadas las características especiales de esta relación laboral, la graduación y tipificación de las faltas será la establecida para el personal estatutario sanitario de los servicios de salud en el artículo 72 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre.

3. A efectos disciplinarios no se computarán como faltas de asistencia las citadas en el párrafo segundo de la letra d) del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores.

Artículo 14. Sanciones.

Las sanciones correspondientes a las faltas disciplinarias cometidas serán las siguientes:

1. Por faltas leves: apercibimiento.

2. Por faltas graves: suspensión de empleo y sueldo hasta un máximo de dos meses.

3. Por faltas muy graves: despido.

Artículo 15. Procedimiento disciplinario.

1. La competencia para la imposición de sanciones disciplinarias corresponde al órgano competente de la Institución Sanitaria de la que dependa la Unidad de Docencia.

2. Con carácter previo a la imposición de la sanción, el responsable de la gestión de personal del Centro comunicará por escrito al residente la fecha y los hechos que se consideran incluidos en alguno de los supuestos de incumplimiento previstos en las normas de aplicación y su posible calificación, para que en el plazo de diez días alegue lo que a su defensa convenga.

Cuando se trate de faltas graves o muy graves dará también traslado de este escrito a la Comisión de Docencia, para que en el plazo de diez días, manifieste su criterio.

3. Recibidas las alegaciones o transcurrido el plazo sin que estas se produzcan, el órgano competente notificará por escrito al interesado la sanción, la fecha y hechos que la motivaron y su calificación o, en su caso, el sobreseimiento con que ha concluido el procedimiento.

4. La calificación de las faltas y las correspondientes sanciones impuestas serán revisables ante la jurisdicción social.

5. El Comité de Empresa será informado de las sanciones impuestas a los residentes por faltas muy graves.

Artículo 16. Prescripción de las faltas.

1. Las faltas leves prescribirán a los diez días; las graves a los veinte días y las muy graves a los sesenta días a partir de la fecha en que el Centro tuvo conocimiento de su comisión y, en todo caso, a los seis meses de haberse cometido.

2. La prescripción se interrumpirá con la notificación prevista en el apartado 2 del artículo anterior, reanudándose el cómputo pasado el período de diez días establecido para hacer alegaciones.

Disposición adicional primera. Retribuciones en la Comunidad Foral de Navarra.

En la Comunidad Foral de Navarra, el sueldo base que recoge el artículo 7.1.a) de este real decreto será el establecido en el artículo 42.1.a) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, sin que a estos efectos le sea de aplicación lo previsto en la disposición adicional primera de dicha norma.

Disposición adicional segunda. Personal en formación por el sistema de residencia con discapacidad.

1. Con arreglo a lo dispuesto en los artículos 37 y 37 bis de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, las personas con discapacidad serán admitidas y participarán en condiciones que garanticen el principio de igualdad de trato en los procesos de formación por el sistema de residencia. 2. En el supuesto de que se adjudicara una plaza de residente en formación a una persona con discapacidad, el Centro del que dependa la Unidad Docente correspondiente estará obligado a hacer las obras, adaptaciones y demás ajustes razonables que se precisen para lograr la accesibilidad a todas las actividades del Programa Formativo, así como a facilitarle las ayudas técnicas necesarias, para lo que podrá solicitar asesoramiento y apoyo al Centro de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT) o a otra Entidad pública o privada especializada.

3. Si por motivos arquitectónicos insalvables o graves problemas presupuestarios u otras razones análogas que pudieran suponer una carga excesiva esto no se hiciera, y por lo tanto, la imposibilidad de realizar las actividades a las que obliga el Programa Formativo se debiera a las condiciones del Centro y no a las limitaciones funcionales del residente. no se le podrá declarar no apto en el examen médico preceptivo, y la Administración Sanitaria donde se ubique la Unidad Docente estará obligada a ofertarle otra plaza en una Unidad Docente que reúna las cualidades que permitan su formación y su integración en las actividades asistencia les en situación de igualdad respecto a los demás residentes de la misma especialidad.

4. Si la discapacidad impide al residente realizar jornadas de trabajo prolongadas, no se disminuirá el número de horas que determina el Programa formativo, pero sí se organizarán de forma que tenga los descansos necesarios y apropiados a sus capacidades funcionales.

5. A los efectos de la relación laboral especial regulada en este real decreto, se entiende por personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por cien. En todo caso, se considerarán afectados por una minusvalía en grado igualo superior al 33 por cien los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

Disposición adicional tercera. Condiciones especiales de la jornada laboral.

El residente tendrá derecho a una organización de su horario de trabajo que. Sin suponer una disminución del número anual de horas establecido, le permita realizar jornadas diarias no superiores a doce horas en los siguientes casos:

a) Durante el embarazo.

b) Por razones de guarda legal, el residente que tenga a su cuidado directo algún menor de seis años o a una persona con discapacidad física, psíquica o sensorial que no desempeñe una actividad retribuida.

c) Cuando le sea necesario encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consaguinidad o afinidad que, por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad, no pueda valerse por sí mismo, y que no desempeñe actividad retribuida.

d) Cuando el residente tenga la guardia y custodia no compartida de un hijo menor de edad.

Disposición adicional cuarta. Condiciones laborales especiales para la protección integral contra la violencia de género.

1. Para hacer efectiva su protección o su derecho a la asistencia social integral, la residente víctima de violencia de género tendrá derecho a la reducción de la jornada de trabajo con disminución proporcional del salario o a la reordenación del tiempo de trabajo, a través de la adaptación del horario, de la aplicación del horario flexible o de otras formas de ordenación del tiempo de trabajo que sean posibles en el Centro.

Estos derechos se podrán ejercitar en los términos que para estos supuestos concretos se establezcan en los convenios colectivos o en los acuerdos entre el Centro y los representantes de los trabajadores, o conforme al acuerdo entre el Centro y la residente afectada. En su defecto, la concreción de estos derechos corresponderá a la residente, siendo de aplicación las reglas establecidas en el apartado 6 del artículo 37 del Estatuto de los Trabajadores, incluidas las relativas a la resolución de discrepancias.

2. La residente víctima de violencia de género que se vea obligada a abandonar el puesto de trabajo en la localidad donde venía prestando sus servicios, tendrá derecho preferente a que se le asigne otra plaza de residente en formación de la misma titulación y especialidad que esté vacante en otra Unidad Docente de otra localidad, incluso, de otra Comunidad Autónoma.

En tales supuestos, la Administración Sanitaria estará obligada a comunicar a la residente las vacantes existentes en dicho momento o las que se pudieran producir en el futuro.

Este cambio de Unidad Docente tendrá una duración inicial de seis meses, durante los cuales el Centro de origen tendrá la obligación de reservar la plaza que anteriormente ocupaba la residente trasladada.

Terminado este período, la residente podrá optar entre el regreso a su Centro de origen o a la continuidad en el nuevo. En este último caso, decaerá la obligación de reserva.

3. Cuando la causa de la suspensión del contrato de trabajo haya sido la decisión de la residente que se ve obligada a abandonar su puesto de trabajo como consecuencia de ser víctima de violencia de género, el período de suspensión tendrá una duración inicial que no podrá exceder de seis meses, salvo que de las actuaciones de la tutela judicial resultase que la efectividad del derecho de protección de la víctima requiriese la continuidad de la suspensión. En este caso, el juez podrá prorrogar la suspensión por períodos de tres meses, con un máximo de dieciocho meses.

Disposición adicional quinta. Procedimiento de revisión de las evaluaciones.

Cuando las evaluaciones anuales o la evaluación final sean negativas y el Comité de Evaluación considere que no procede recuperación y, por lo tanto, sólo quepa la extinción del contrato, los afectados podrán solicitar su revisión. También podrán solicitar la revisión de la evaluación final si es positiva pero consideran que la calificación obtenida es desfavorable. Estas revisiones se realizarán mediante los siguientes procedimientos.

1. Revisión de la evaluación anual negativa.

Dentro de los diez días siguientes a la publicación de la evaluación, el residente podrá solicitar por escrito su revisión ante la Comisión de Docencia, que previa citación del interesado, se reunirá dentro de los quince días posteriores a la recepción de la solicitud.

Al acto de revisión el residente podrá acudir acompañado por su tutor. Los miembros de la Comisión formularán las preguntas que consideren convenientes y la calificación, que resultará definitiva, se decidirá por mayoría absoluta de sus miembros.

En el caso de que la Comisión acuerde una evaluación positiva, se procederá a su publicación en el plazo de cinco días contados desde la fecha de la revisión.

Si el acuerdo fuera mantener la evaluación negativa, en el mismo plazo, la Comisión se lo notificará al residente mediante resolución motivada y al Gerente del Centro para que se proceda a la extinción de la relación laboral.

2. Revisión de la evaluación final negativa.
En el supuesto de que la evaluación final sea negativa, en el plazo de diez días desde su publicación, el interesado podrá solicitar su revisión ante la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente. Recibida la solicitud, la Comisión fijará una fecha para la realización de una prueba dentro de los treinta días posteriores, tras la cual decidirá la calificación por mayoría absoluta de sus miembros.
Si se mantuviera la evaluación negativa, el interesado tendrá derecho a realizar una prueba extraordinaria ante la misma Comisión, entre los seis meses como mínimo y un año como máximo a contar desde la prueba anterior. La Comisión estará obligada a notificar al interesado la fecha de la prueba con un mes antelación. La calificación se decidirá también por mayoría absoluta y será definitiva.

3. Revisión de la calificación de la evaluación final positiva.
En el supuesto de que la evaluación final sea positiva pero el interesado considere que la calificación le es desfavorable, tendrá derecho a realizar una prueba ante la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente, con la finalidad de mejorar dicha calificación. El procedimiento será el mismo que el previsto para la primera prueba de la revisión de la evaluación final negativa.

La decisión de la Comisión será definitiva, sin posibilidad de prueba extraordinaria.

Disposición adicional sexta. Normas específicas para determinadas especialidades médicas.

Las referencias hechas a las Comisiones de Docencia se entenderán referidas a las correspondientes Comisiones Asesoras cuando se traten de especialidades con formación intra y extra hospitalaria.

Disposición adicional séptima. Principio de condición más beneficiosa.
Se mantendrán aquellos derechos adquiridos por los residentes siempre que para ellos supongan condiciones más beneficiosas que las establecidas en este Real Decreto.
Disposición adicional octava. Aplicación de pactos y acuerdos.
Cuando así se acuerde colectivamente en los ámbitos de representación del personal incluido en este Real Decreto, los pactos y acuerdos referentes al personal estatutario les serán de aplicación, sin perjuicio de lo que se establezca en la legislación de representación del personal al servicio de las administraciones públicas.

Disposición adicional novena Jurisdicción competente.
Los conflictos que surjan entre las partes como consecuencia del contrato de trabajo serán competencia de la Jurisdicción Social a excepción de los motivados por las revisiones de las evaluaciones que serán competencia de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Disposición transitoria primera. Aplicación progresiva de la jornada máxima.
1. De acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria primera de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, la limitación del tiempo de trabajo legalmente establecida para el personal sanitario estatutario de los servicios de salud, sumando la jornada ordinaria y la jornada complementaria, se aplicará progresivamente al personal residente, tanto de los centros públicos como de los privados acreditados para la docencia, en los siguientes períodos:

a) Jornada máxima de 58 horas semanales de promedio en cómputo anual hasta el 31 de julio de 2007.

b) Jornada máxima de 56 horas semanales de promedio en cómputo semestral, entre el1 de agosto de 2007 y el31 de julio de 2008.

c) A partir del 1 de agosto de 2008 la jornada máxima será de 48 horas semanales de promedio en cómputo semestral.

Disposición transitoria segunda. Aplicación gradual del sistema retributivo.

1. La aplicación de lo dispuesto en el artículo 7, apartados 1 y 2 se efectuará, por parte de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, de manera gradual, teniendo en cuenta la diferencia existente entre las cuantías que perciban los residentes y las establecidas en dicho artículo.

Esta aplicación gradual se llevará a cabo de la siguiente forma:

a) Un veinticinco por cien de la indicada diferencia a partir de la entrada en vigor de este real decreto, con efectos retroactivos desde el 1 de enero de 2006.

b) Un veinticinco por cien a partir del 1 de enero de 2007.

c) El cincuenta por cien restante a partir del 1 de enero de 2008.

2. La aplicación progresiva, a la que se refiere el apartado anterior, no podrá implicar, en ningún caso, una retribución inferior a la que el residente viniera percibiendo actualmente.

A estos efectos, las Comunidades Autónomas podrán modificar los porcentajes previstos en el apartado anterior.

3. Si las retribuciones percibidas por los residentes contratados por entidades privadas titulares de Unidades Docentes Acreditadas para impartir formación fueran

inferiores a las establecidas en el artículo 7. 4., podrán aplicarse gradualmente las nuevas cuantías en la forma indicada en los apartados anteriores de esta dis posición adicional, sin perjuicio de lo establecido en el convenio colectivo aplicable.

Disposición transitoria tercera. Normas específicas para las especialidades de enfermería.

Hasta tanto se desarrollen las previsiones contenidas en el artículo 1.2.c) y en la disposición adicional cuarta del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería, se aplicarán las siguientes normas:

1. Las referencias hechas a las Comisiones de Docencia, en el caso de las especialidades de enfermería, se entenderán realizadas al Comité de Evaluación, en tanto en cuanto no se creen las citadas Comisiones de Docencia.

2. El Comité de Evaluación estará integrado por el coordinador de la unidad docente, el tutor del residente y un enfermero especialista que preste servicios en la correspondiente unidad.

3. La evaluación se efectuará utilizando las calificaciones de suficiente, destacado o de excelente, cuando la evaluación sea positiva o de no apto cuando fuera negativa.

4. La prorroga de recuperación que se prevé en el artículo 3.3 será de un mes en las especialidades cuya duración sean de un año y de dos meses en aquellas cuyo programa formativo sea de duración superior.

5. La revisión de las evaluaciones anuales negativas no recuperables a la que se refiere el apartado primero de la disposición adicional quinta, se llevará a cabo ante la Comisión Nacional de la Especialidad. A estos efectos se incrementará a un mes el plazo de quince días previsto en el párrafo primero del citado apartado.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

1. Quedan derogadas cuantas disposiciones reglamentarias de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en este real decreto y, en particular, los apartados 5 y 6 del artículo 9 de la Orden de 24 de junio de 1998, por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del titulo de enfermero especialista.

2. De acuerdo con lo establecido en el apartado 2 de la disposición derogatoria única de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, queda derogada la Ley 24/1982, de 16 de junio, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas.

Disposición final primera. Habilitación competencia!.

Este real decreto se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1. 7a, de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en legislación

laboral, sin perjuicio de la ejecución por los órganos de las Comunidades Autónomas.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

El presente real decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

- La política sanitaria de la Junta de Castilla-La Mancha, una de las mejores valoradas en España por los ciudadanos.

La mitad de los castellanos-manchegos encuestados califica de muy buena o buena la gestión de la sanidad por el Gobierno regional y sólo el 13,6 por ciento la considera mala o muy mala.

Más información:

http://sescam.jccm.es/web/home/home.jsp?main=/home/noticias/HOME-16856-BuenaValoracionPoliticaSanitariaCLM.html

- Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud

Texto completo: http://www.msc.es/novedades/docs/PlanCalidadSNS.pdf

- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, sobre reclamación por Reintegro Gastos Médicos

Recurso nº.: 2190/03

Ponente:Sr. Librán

Iltmo. Sr. D. Pedro Librán Sainz de Baranda
Presidente
Iltmo. Sr. D. Jesús Rentero Jover
Iltmo. Sr. D. Eugenio Cárdenas Calvo

En Albacete, a nueve de febrero de dos mil seis.

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, compuesta por los Iltmos. Sres. Magistrados citados al margen, y

EN NOMBRE DEL REY

ha dictado la siguiente

S E N T E N C I A N° 204

En el Recurso de Suplicación número 2190/03, interpuesto por SESCAM, contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social nº 3 de Ciudad Real, de fecha veintitrés de septiembre de dos mil tres, en los autos número 444/03, sobre reclamación por Reintegro Gastos Médicos, siendo recurrido por
Es Ponente el Iltmo. Sr. D. Pedro Librán Sainz de Baranda.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Que en la sentencia recurrida dice en su parte dispositiva:

"FALLO: Que estimando la demanda formulada por D.

contra el Servicio de Salud de Castilla-La mancha en reclamación de reintegro de gastos médicos debo condenar y condeno a la parte demandada a que abone a los actores la cantidad de 4.105,30 euros en concepto de gastos médicos por la intervención quirúrgica y 655,79 $ USA por los gastos de viaje y manutención."

1

SEGUNDO.- Que, en dicha Sentencia, y como Hechos Probados, se establecen los siguientes:

PRIMERO.- D. nacido el 28-6-1992 afiliado al Régimen General de la SS con nº de afiliación 13/10004273 presento a los 3 dias de nacer Sepsis por Estreptococo B hemolitico con participación articular e Infección urinaria por Estreptococo B hemolitico siendo trasladado al Hospital Niño Jesús en Madrid.

SEGUNDO.- La enfermedad indicada alteró cartilagos de crecimiento femoral izdo y rotura ida provocando malnutrición con anemia microciática siendo visto por el servicio de Sindromologia del Hospital Universitario 12 de octubre en Madrid presenta Microrretrognatia bilateral izq. Más intesa que derecha siendo intervenido quirúrgicamente con fecha 6-10-1995 bajo anestesia general. Intubación nasal con fibrobroncospia. Corticotomia en ambos ángulos mandibulares apreciándose mayor hipoplasia izda., colocación de distractores óseos mandibulares unidireccionales bilateralmente. Es dado de alta con fecha 9-10-1995.

TERCERO.- Con fecha 13-11-1995 es nuevamente intervenido por la Dra. Ochotorena Guindo para revisar el distractor derecho, colocación de un nuevo clavo inferior y centramiento de la oclusión, siendo dado de alta con fecha 14-11-1995.

CUARTO.- Con fecha 28-3-1998 es examinado por la Dra. presentando: Incapacidad para abril la boca. Dificultad para la masticación que afecta directamente a su nutrición. Dificultad leve en la respiración nocturna a consecuencia de la lesión de los cartilagos de crecimiento aconsejando nueva intervención quirúrgica.

QUINTO.- Con fecha 3-5-1998 ingresa en el Hospital San Rafael con el diagnóstico de Anguilosis ósea bilateral, Microrrectrognatia. Imposibilidad de apertura bucal siendo intervenido quirúrgicamente el dia siguiente realizándosele:

Lado Izquierdo. Incisión temporal tipo Obegeser. Direscción subperiostica hasta localización de la zona de la anquilosis ósea.

1) osteotomia con liberación del condilo osificado y extirpación de coronoides.
2) Artroplastia, se talla un colgajo del músculo temporal rotandole sobre la cavidad glenoidea para crear una pesudoarticulaciñon.
3) Colocación de injerto condrocostal par la creación del nuevo condilo y fijación con tornillos de 2mmm * 14mm de longitud.

Cierre por planos.

Lado derecho: Se realiza el mismo tipo de intervención con dos osteotomias en arco del malar que se extrae de su posición para localizar coronoides quese encontrba impactada.

Artrotomia, artroplastia y reconstrucción con injertos condrocostales de la misma manera.

Es dado de alta con fecha 12-5-1998.

2

SEXTO.- Con fecha 9-8-01 es examinado por la Dra. presentado disminución de la longitud de las ramas mandibulares nuevamente. Movilidad de las ATM relativamente conservadas pero son apertura bucal mínima.

La RM confirma la recidiva de la anquilosis.

SÉPTIMO.- Con fecha 5-12-2002 la indicada doctora dada la severidad de la primitiva lesión, la recidiva de la anquilosis temporo-mandibular bilateral después de la cirugía correcta y la edad del paciente sugiere a los padres que sea examinado por el Dr. con amplia experiencia en distracción de condilos en recidivas de anquilosis.

OCTAVO.- Con fecha 22-1-2003 es intervenido por el Dr. MacCarthy en el Hospital TPECH Instituto de Rehabilitación Rusk Nueva York, practicándosele una artroplastia de vacio bilateral junto con la inserción de delgadas láminas Silásticas por encima de los raigones laterales. Como resultado de la intervención pudo conseguir 34 milímetros de abertura interincisal.

NOVENO.- En el momento actual los resultados de la intervención so favorables, habiendo mejorado de forma importante la apertura bucal, pudiendo alimentare por boca.

Se ha acreditado que la lesión que padece el menor es grave y provoca secuelas irreversibles a nivel físico, intelectual y psicológico dando lugar a un deterioro severo e irreversible sino era tratado correctamente.

DÉCIMO.- Con fecha 20-12-2002 D. padre del menor presentó escrito ante la Oficina Provincial de Prestaciones. Dirección provincial del SESCAM solicitando autorización sanitaria fuera del sistema de SS así como el reintegro de los gastos que dicha asistencia suponga así como bolsa de ayuda de viajes para familias desplazadas dictándose Resolución con fecha 3-4-2003 desestimando la solicitud presentada.

TERCERO.- Que, en tiempo y forma, por la parte, se formuló Recurso de Suplicación contra la anterior Sentencia, en base a los motivos que en el mismo constan.

Dicho Recurso fue impugnado de contrario.

Elevadas las actuaciones a este Tribunal, se dispuso el pase al Ponente para su examen y resolución.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente recurso se interpone frente a la sentencia de instancia que estimó la demanda de la parte actora y declaró el derecho de ésta a ser reintegrada en los gastos médicos que se habían ocasionado por la operación quirúrgica a la que había sido sometido su hijo en el Hospital Trech Instituto de Rehabilitación Rusk de Nueva York y que importó la suma de 4.105,30 euros la intervención y 655,79$ USA los gastos de viaje.

SEGUNDO.- Con correcto amparo procesal en el art. 191 b) de la LPL se solicita revisión de los ordinales 4°,5°,7°,8° y que se añada un nuevo ordinal con el n° 11.

TERCERO.- Pasando a analiza la revisión solicitada, esta Sala considera que procede la misma:

A) El motivo 4° se solicita que queda con el siguiente tenor literal: "con fecha 28-3-1998 es examinando por la Dra. en el Hospital San Rafael, de titularidad privada, perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y por cuenta de Adelas".

El motivo debe estimarse, ya que se basa en los folios 31 y 32 de autos y además la modificación pretendida tiene importancia porque con ella se demuestra que desde al menos ese año 1998 y hasta el 20-12-2002, momento en el que pide autorización para operarse en Nueva York al Sescam, no mantuvo relación alguna con la medicina pública, a la que abandonó voluntariamente para intentar una solución para su problema en la medicina privada a cuenta de Adeslas.

B) Se solicita que el ordinar 5° quede con el siguiente tenor literal:

"Con fecha 3-5-1998 ingresa en el Hospital San Rafael, de titularidad privada, perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y por cuenta de Adeslas".

El motivo debe estimarse ya que tiene apoyo en los folios 33 a 36 de autos.

Asimismo la argumentación de la modificación del hecho probado quinto es la misma que la ofrecida en el motivo primero de este recurso.

C)El motivo 6° se solicita que quede redactado con el siguiente tenor:

"con fecha 9-8-01 es examinado por la Dra. en el Hospital San Rafael, de titularidad privada, perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y por cuenta de Adeslas".

El motivo debe estimarse ya que se basa en el folio 37 de autos.

Asimismo la argumentación de la modificación del hecho probado sexto es la misma que la ofrecida en el motivo primero de este recurso.

D) El motivo 7° se solicita que quede redactado con el siguiente tenor:

"Con fecha 5-12-2002 la indicada Doctora, en su condición de facultativa privada del Hospital San Rafael, perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios".

El motivo debe estimarse, ya que se basa en el folio 38 de autos.

Asimismo procede porque debe quedar claro que el relato de hechos probados que la indicación para acudir a la consulta del Dr. y eventualmente ser operado por este Doctor (lo que luego ocurrió) no partió de la medicina pública, sino de un facultativo privado, cuyo consejo los padres del niño enfermo decidieron seguir.

E) Por último se solicita que el hecho probado séptimo tenga un segundo párrafo del siguiente tenor:

"Los actores acudieron a la consulta del Dr. en agosto del año 2002 que, tras examinar al niño, asume su intervención quirúrgica en Nueva Cork, Centro Médico de la Universidad".

El motivo se estima, ya que se basa en el folio 48.

F) Por último se solicita que se incorpore un nuevo hecho probado, el undécimo, con la siguiente dicción: "Según consta en el escrito del Jefe de la Inspección Sanitaria de la O.P.P. del SESCAM en Ciudad Real de 18-9-2003, tras recabarse la información oportuna, resulta que la técnica quirúrgica empleada en Nueva Cork, se realiza en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud".

El motivo debe estimarse, ya que se basa en el folio 208 de autos. También alude a esta cuestión el informe el Jefe de Servicio de Inspección (folio 169).

CUARTO.- En el motivo dedicado a la revisión del derecho se denuncia infracción de los art. 102.3 de la LGSS y art. 5.1 y 5.3 del R.D. 63/95 de ordenación de las prestaciones sanitarias de la SS, censura jurídica que merece favorable acogida y ello en base a las siguientes consideraciones:

A) Para que se de la urgencia vital ha de presentarse una real urgencia y necesidad que ponga en peligro la vida del beneficiario o la curación definitiva, si trata de acudir al médico de la Seguridad Social o a una de sus instituciones (Tribunal Central, sentencias, entre otras, 3-VI-1977 y 30-V-1979). Supone imposibilidad auténtica de acudir a la medicina oficial de la Seguridad Social, sin dicho riesgo vital evidente. Sobre todo se acepta esta urgencia vital cuando no existen, en el lugar donde se halla el beneficiario, médicos ni centros asistenciales de la Seguridad Social, o están muy lejos. Si hay otras clínicas de la Seguridad Social próximas, aún cuando no sean las inicialmente adscritas al beneficiario, no se justifica el ingreso en una entidad privada o la consulta a un médico particular: por ejemplo, en las grades ciudades o poblaciones muy próximas a ellas (Tribunal Central: 13-I y 2-V-1975, entre muchas). Tampoco se puede justificar el reingreso en clínica particular solamente por decisión unilateral del enfermo o de su familia, si puede consultarse a la Seguridad Social, a cualquier nivel (Tribunal Central: 4-III-1975, 16-V-1980…). Esta urgencia vital se ha de apreciar caso por caso, pero debe intentarse siempre la asistencia por los servicios médicos de la Seguridad Social (Tribunal Central: 10-V-1979, 8 y 27-V-1980; Tribunal Supremo: 20-1980, etc.). Una vez que se ha acudido a la medicina privada, por urgencia vital, y se ha recibido la asistencia precisa o la intervención quirúrgica necesaria, se debe comunicar expresa y claramente esta asistencia ya prestada, en el plazo de quince días, a la Seguridad Social, para tener derecho al reintegro de los gastos (art. 3º y 4º del Decreto), pues de otro modo se supone que la decisión fue unilateral de la interesada, sin que desee el reintegro de gastos (Tribunal Central de Trabajo: Sentencias de 13-II-1973, 18-XI-1975; Tribunal Supremo: 20-X-1980, etc.).

B) La urgencia vital, interpretable como situación patológica que presuntamente ponga en peligro la integridad fisiológica del enfermo y que exija acción terapéutica inmediata, supone la existencia de un "riesgo inminente de vida o de pérdida de órganos o miembros fundamentales para el desarrollo normal del vivir" (Sentencias del TS de 4 de junio de 1986, RA 3466; 10 de octubre de 1987, RA 7016 y 21 de diciembre de 1988, RA 9888), un caso de vida o muerte o de puesta en peligro de la vida del enfermo o de su curación definitiva. Dicha urgencia, de otra parte, no deriva exclusiva y necesariamente del índice de mortalidad de la enfermedad ni de su carácter grave, o el grado de riesgos del tratamiento (Sentencia del TS de 10 de noviembre de 1986, RA 6.673); tampoco de la consideración subjetiva del enfermo o de sus familiares (Sentencia del TS de 4 de junio de 1986, RA 3466). Desde luego, no se considera la urgencia cuando la enfermedad, la intervención quirúrgica o la prestación médica son previsibles y transcurre un cierto periodo de tiempo entre la certeza de la necesidad y el momento en que la prestación médica ha de darse (Sentencia del TS de 31 de octubre de 1988, RA 8199).

Naturalmente que no basta que la urgencia sea de carácter vital en los términos dichos. Además es preciso, con carácter acumulativo, que no sea posible, extremadamente difícultoso o desaconsejable médicamente, el acudir a los servicios sanitarios propios de la Seguridad Social (Sentencia del TS de 6 de marzo de 1985, RA 1285). Así lo indica, con precisión, la Sentencia del TS de 22 de octubre de 1987 (RA 7.186), al caracterizar la urgencia vital como una "situación objetiva de riesgo que se traduce en la imposibilidad de utilizar los servicios sanitarios de la Seguridad social, porque la tardanza en obtener la asistencia de esos servicios o el hecho de que estos no estén en condiciones de prestarla en la forma requerida ponga en peligro la vida o la curación del enfermo". La imposibilidad, pues, se entiende existente si no se produce la prestación de la asistencia requerida, o hay sobrecarga de los servicios, demora excesiva, aglomeración, carencia de instalaciones adecuadas, lejanía del centro sanitario, etc.

C) En el caso de autos partiendo de los hechos revisados, el actor se apartó de la Sanidad Pública en el año 1998, acudió en agosto del año 2002 a la consulta del Dr. , no existió denegación de asistencia, la operación realizada en el 2003 estuvo programada y la técnica utilizada se practica en España, todo ello nos prueba que no existió urgencia vital, no debiendo de olvidarse que en la asistencia sanitaria hay un límite: los medios disponibles en España. Es evidente que la consulta del Dr. no está disponible en España ni para la generalidad de los españoles, por lo que los actores, que acudieron a él en busca de la posible mejor solución para el problema de su hijo a nivel mundial, e hicieron bien, no pueden, a pesar de ello, verse amparados por un Sistema que, por su vocación universalista y limitada presupuestariamente, ha puesto una frontera: los medios disponibles en España, y la atención de ese eminente Doctor está, lamentablemente, fuera

de ese límite pero no sólo para los actores, sino para el resto de ciudadanos españoles.

QUINTO.- Por todo lo expuesto procederá previa estimación del recurso, la revocación de la Sentencia de instancia en el sentido que en el fallo se determina.

F A L L A M O S

Que, estimando el Recurso de Suplicación interpuesto por SESCAM contra la Sentencia dictada por el Juzgado de lo Social nº 3 de Ciudad Real, de fecha veintitrés de septiembre de dos mil tres , en los autos nº 444/03, sobre reclamación por Reintegro de gasto Médicos, siendo recurrido D. , debemos REVOCAR y REVOCAMOS la Sentencia de Instancia y debemos de absolver y absolvemos al demandado de los pedimentos de la demanda.

Notifíquese la presente resolución a las partes y a la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha (Albacete), haciéndoles saber que contra la misma únicamente cabe RECURSO DE CASACION PARA LA UNIFICACION DE DOCTRINA, que se preparará por escrito ante esta Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha (Albacete), dentro de los DIEZ DIAS siguientes a la notificación de la Sentencia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 219 y 228 de la Ley de Procedimiento Laboral. La consignación del importe de la condena deberá acreditarse, cuando proceda, por la parte recurrente que no goce del beneficio de justicia gratuita ante esta Sala al tiempo de preparar el Recurso presentando resguardo acreditativo de haberla efectuado en la Cuenta Corriente nº , que esta Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha (Albacete) tiene abierta en el BANCO Oficina número ,sita en la calle , pudiéndose sustituir dicha consignación en metálico por el aseguramiento mediante aval bancario en el que se hará constar la responsabilidad solidaria del avalista, debiendo igualmente la parte recurrente, que no ostente la condición de trabajador o causahabiente suyo, o beneficiario del régimen público de la Seguridad Social, o se trate del Ministerio Fiscal, Estado, las Comunidades Autónomas, las Entidades Locales, los Organismos dependientes de todas ellas y quienes tuvieren reconocido el beneficio de justicia gratuita, consignar como depósito la cantidad de TRESCIENTOS EUROS (300 €), que deberá ingresar en la Cuenta número del BANCO . Sucursal de la calle (clave oficina) de Madrid, que tiene abierta La Sala IV de lo Social del Tribunal Supremo, debiendo hacer entrega del resguardo acreditativo en la Secretaría de dicha Sala IV del Tribunal Supremo al tiempo de personarse en ella.

7

Expídanse las Certificaciones oportunas para su unión a los autos y al rollo de su razón, incorporándose el original al correspondiente Libro de Sentencias.

Así por esta nuestra Sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

- Programa de formación de la Conserjería de Sanidad para el 2006 a desarrollar en el Instituto de Ciencias de la Salud, en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (Cuenca) y en las Delegaciones Provinciales de Sanidad.

Ha sido publicado el programa de formación de la Consejería de Sanidad para el 2006 a desarrollar en el Instituto de Ciencias de la Salud, en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (Cuenca) y en las Delegaciones Provinciales de Sanidad. Puede consultarlo en la siguiente dirección:

http://www.jccm.es/sanidad/ics/E.R.S.P/pfc2006/progform06.htm, donde encontrará información detallada sobre las actividades que comprende y fechas de realización, así como los boletines de inscripción.

Si precisa información adicional sobre este programa puede llamar al teléfono del ICS 925 839 234 (Maria Antonia Gomez y Conchi Sosa).

- Curso introducción al Derecho Sanitario

Destinatarios: Personal sanitario (facultativo y no facultativo) y asesores jurídicos de los Servicios Centrales, Oficinas Provinciales de Prestaciones e Instituciones Sanitarias.

Solicitudes: Los responsables de Formación de cada Gerencia, Coordinadores de O.P.P. y Jefes de Área de Servicios Centrales, enviarán una relación de las personas interesadas en estas actividades formativas, **antes del 21 de abril de 2006** al Departamento de Formación de los Servicios Centrales del SESCAM (Félix Garijo e-mail: fgarijo@jccm.es, tfno.: 925 27 41 77 fax: 925 27 41 54), con copia al Coordinador de Derecho Sanitario y Bioética (David Larios e-mail: dlarios@sescam.org).

En dicha relación se harán constar: nombre y apellidos, DNI, puesto de trabajo desempeñado, edición de preferencia, teléfono, fax y e-mail.

***Lugar y fecha de celebración*:** Las **dos ediciones** de este Curso (**la primera en Toledo, la segunda en Cuenca**) serán impartidas por personal del Servicio Jurídico Central del SESCAM y por abogados expertos en Derecho Sanitario.

PROGRAMA:

- **Derechos y deberes de los pacientes y de los profesionales sanitarios**

Prof. David Larios Risco.

I Edición: Lunes 19 de junio, de 9,30 a 13,30 horas.

II Edición: Lunes 16 de octubre, de 9,30 a 13,30 horas.

- **Consentimiento y Autonomía**

Prof. David Larios Risco.

I Edición: Lunes 19 de junio de 15:30 a 19:30 horas.

II Edición: Lunes 16 de octubre de 15:30 a 19:30 horas.

- **Documentación clínica**

Prof. Vicente Lomas Hernández.

I Edición: Martes 20 de junio, de 9,30 a 13,30 horas.

II Edición: Martes, 17 de octubre, de 9,30 a 13,30 horas.

- **Responsabilidad jurídica por asistencia sanitaria**

Prof. Luis A. Panes Corbelle.

I Edición: Martes 20 de junio, de 15:30 a 19:30

II Edición: Martes, 17 de octubre, de 15:30 a 19:30

- **Responsabilidad Penal.**

Prof. Javier Moreno / Federico Montalvo

I Edición: Miércoles 21 de junio, de 9:30 a 13:30

II Edición: Miércoles 18 de octubre, de 9:30 a 13:30

- **XVII Taller Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación en Salud: "La comunicación entre pacientes y profesionales de la salud".**

Lugar y fecha de celebración: Oviedo
Fecha de inicio: 03/05/2006
Fecha fin: 06/05/2006

Secretaría Técnica: Atlanta Unicongress.

Dirección: C/ Calvet, 55
08021 Barcelona

Teléfono: 93 367 24 20
Fax: 93 414 68 17
E-mail: oviedo@unicongress.com
Web: http://demo5.unicongress.com

- **La responsabilidad penal en el ámbito sanitario**

Curso organizado por: La Universidad Internacional Menéndez Pelayo

Colaboradores: Colegio Oficial de Médicos de Valencia
Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia
Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia

Directores:

- ✓ Javier Boix Reig. Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Valencia y miembro de la Real Academia Valenciana de Jurisprudencia y Legislación.
- ✓ Esteban Morcillo Sánchez. Catedrático de Farmacología de la Universidad de Valencia y miembro de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana.

Fecha de celebración: 26, 27 y 28 de abril de 2006

Precio: 120€

Más información: Tel.:96 386 98 02 / 04

- Las leyes de la Bioética

Se trata de una obra práctica que aborda las cuestiones de bioética. Aporta una cuidada selección normativa y jurisprudencial con criterios para la reflexión sobre esas cuestiones y proporciona pautas para enmarcar los conflictos que suscitan las nuevas tecnologías y su aplicación a los seres vivos y al medio ambiente.
El libro recoge las declaraciones y textos fundacionales de la reflexión bioética.

Autor: María Casado (con la colaboración de: Salvador Darío Bergel, Mariana Dobernig, Gonzalo Figueroa Yáñez, Ana Sánchez Urrutia).

Editorial: Gedisa, Barcelona, 2004

- Para Fundamentar la Bioética

La obra trata de las principales corrientes teóricas existentes dentro del mundo de la bioética. Consta de cuatro partes. La primera dedicada a cuestiones preliminares, sobre los principales conceptos de ética y moral y su origen histórico. Las dos partes siguientes están dedicadas a exponer las distintas corrientes bioéticas existentes en los ámbitos geográficos angloamericano y mediterráneo. En la cuarta los autores exponen su propia propuesta de fundamentación de la bioética, deteniéndose en los pormenores de procedimiento y metodología de la decisión moral.

Autores: Jorge José Ferrer y Juan Carlos Álvarez

Editorial: Desclée de Brouwer, S.A, Bilbao, 2003