

Nº: 021

Septiembre 2006

# S U M A R I O

### 1. NORMATIVA

Página

*Novedades en relación con:*

-  Proyecto de L.O. para la igualdad efectiva de mujeres y hombres [2](#)
-  Corrección de errores a la Orden de 27-07-2006, de estructura orgánica, territorial y funcional de los hospitales y centros de especialidades de Albacete, Almansa y Villarrobledo [2](#)
-  Proyecto de Ley del Estatuto Básico del Empleado Público [2](#)
-  Cartera de Servicios del SNS [3](#)
-  Proyecto de Ley de Contratos del Sector Público [3](#)
-  Proyecto de Ley de Investigación Biomédica [3](#)

### 2. BIOÉTICA

-  Proyecto de Ley sobre la clonación terapéutica: Aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía [4](#)

### 3. CUESTIONES DE INTERÉS

-  Reintegro de gastos de medicamentos: Sentencia TSJ Castilla y León [5](#)
-  Plan Regional de C-LM de Alcoholismo y Drogodependencias 2006-10 [13](#)
-  Pago de todas las pensiones del régimen asistencia médico farmacéutica y accidentes de trabajo, a pesar de la extinción del mismo ese año: Sentencia del TS (Sala de lo Social) [18](#)

### 4. FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

-  Seguridad en las Tecnologías de la Información y Comunicación [25](#)
-  Retos y Realidades en el Sistema Nacional de Salud [25](#)
-  Comunicación interpersonal en la práctica clínica [26](#)
-  Acoso Moral en el trabajo [26](#)
-  Régimen Disciplinario de los Funcionarios. Jurisprudencia del Tribunal Supremo [26](#)
-  Código de Legislación Farmacéutica Española [26](#)

# NORMATIVA

- Proyecto de Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

*Texto completo:* <http://www.congreso.es/> - Iniciativas - Proyectos de ley - en tramitación

- Corrección de errores de 30-08-2006, de la Consejería de Sanidad, a la Orden de 27-07-2006, de estructura orgánica, territorial y funcional de los hospitales y centros de especialidades de Albacete, Almansa y Villarrobledo.

- o D.O.C.M. núm. 188 de 12 de septiembre de 2006, pág. 19005.

- Proyecto de Ley sobre el Estatuto Básico del Empleado Público.

El Consejo de Ministros ha aprobado el Proyecto de Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, que regulará el empleo de dos millones y medio de trabajadores de las distintas Administraciones Públicas. Este Estatuto Básico tiene como objetivo modernizar y profesionalizar la Administración y ofrecer un servicio de mayor calidad a los ciudadanos.

Entre sus puntos más destacables están la equiparación de las condiciones económicas y laborales de todos los trabajadores públicos, la modernización de los procesos de selección y el fomento de la profesionalización de la función pública. Para todo ello se articulan distintos modelos de carrera y de promoción, horizontal y vertical, además de potenciar la movilidad entre administraciones.

El acuerdo introduce por primera vez en la función pública la negociación colectiva, crea la figura del personal directivo público y contempla una reducción de la temporalidad en el empleo.

*Texto completo:* <http://www.congreso.es/> - Iniciativas - Proyectos de ley - en tramitación

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

- o B.O.E. núm. 222 de 16 de septiembre de 2006, pág. 32650.

- Proyecto de Ley de Contratos del Sector Público.

*Texto completo:* <http://www.congreso.es/> - Iniciativas - Proyectos de ley - en tramitación

- Proyecto de Ley de Investigación Biomédica

*Texto completo:* <http://www.congreso.es/> - Iniciativas - Proyectos de ley - en tramitación

# BIOÉTICA

- El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprueba el Proyecto de Ley que regulará la clonación terapéutica.

Un comité de investigación autorizará los proyectos, garantizará su correcto desarrollo y velará por el consentimiento informado de los donantes.

*Más información:* <http://www.juntadeandalucia.es/>

# CUESTIONES DE INTERÉS

## - Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León sobre reintegro de gastos de medicamentos.

En la sentencia objeto de publicación, se estudia el caso de una paciente menor de edad que presenta retraso en el crecimiento. Se somete a la paciente a tratamiento con hormona del crecimiento por indicación del facultativo especialista que la atiende, si bien no se cuenta en ningún caso con la autorización del Comité Asesor para la Hormona de crecimiento, lo que provoca que sean los padres de la menor los que deban asumir el coste económico de dicho tratamiento.

Los padres reclaman la restitución de los gastos generados por la prestación farmacéutica que tan buenos resultados está dando en el caso de su hija y el Servicio de Salud rechaza la procedencia de esta petición en base a la no concurrencia de los supuestos señalados en el art. 5.3 del RD 63/95 (reintegro de gastos), fundamentalmente por estimar que no concurre urgencia vital. Esta argumentación es desmontada por el TSJ de Castilla y León que tras el análisis de la normativa en vigor reconoce el derecho que les asiste a los progenitores “*porque el supuesto litigioso no lo es de asistencia sanitaria prestada fuera del Sistema Nacional de Salud...*” ya que el tratamiento farmacológico, aunque costado por los padres, se pautó desde el Servicio Público de Salud, de modo que la controversia suscitada se ha de enmarcar exclusivamente en el contexto del régimen jurídico de las prestaciones de farmacia (RD 63/95, la anterior Ley 25/90 y el RD 83/93).

### ANTECEDENTES DE HECHO

**Primero.**—Con fecha 8 de junio de 2005, se presentó en el Juzgado de lo Social número Dos de Valladolid, demanda formulada por los actores, en la que solicitaba se dictase sentencia en los términos que figuran en el Suplico de la misma. Admitida la demanda y celebrado el juicio, se dictó sentencia en los términos señalados en su parte dispositiva.

**Segundo.**—En referida sentencia y como Hechos Probados constan los siguientes:

"Primero.D. Enrique, con número de afiliación a la Seguridad Social ..., es el padre de la menor Ángela, beneficiaria del sistema público de Salud. Segundo.Ángela ha presentado desde su nacimiento el 15-11-90, retraso en el crecimiento estando por debajo de los percentiles de peso y talla. Ha sido atendida en el Hospital General de Medina del Campo siendo desviada al Hospital Clínico Universitario de Valladolid al Servicio de Endocrinología Infantil. Tercero.Con fecha 21-5-97 fue examinada por

el departamento de Pediatría del Hospital Universitario de Valladolid, donde indicaron como su estado actual:

peso, 14,8 gr (-1,5 DS)

TALLA 106 CM (-2 ds)

Hipocrecimiento proporcionado con déficit ponderal y maduración retrasada más de dos años con ritmo de crecimiento de -Sds HABITUALMENTE Y ANTICUERPOS ANTIGLIADINA Y ANTIENDOMISIO, HORMONAS TIROIDEAS, TSH, cariotipo, sistemático de sangre y bioquímica hemática dentro de la normalidad. En ese momento, los facultativos decidieron solicitar test de insulina y clonidina para descarga de GH, sistemático y bioquímica, T4, y TSH, orina 234 horas, sistemático y aclaración de creatinina a monograma. Cuarto.El 12-6-97, Ángela vuelve a ser examinada en el Departamento de Pediatría, donde presenta el mismo peso y la misma talla que en la visita anterior. Su estado es hipocrecimiento proporcionado con déficit ponderal, maduración ósea retrasada más de dos años. PPT 156 + - 8,5 cm, se realiza prueba de insulina sin incidencias y se solicita consulta. El 8 de julio del mismo año, se le diagnosticó: hipocrecimiento armónico, con retraso madurativo óseo combinado, antecedente de cariotipo y anticuerpos antigliadina normales, quedando a la espera de los resultados de hormonas tiroideas con límites normales, test de clonidina e insulina con respuestas normales y cortisol basa en prueba de insulina en los límites bajos de lo normal, con respuesta normal a los 60 y función renal normal. Quinto.El 5-9-97, Ángela presentaba un peso de 15,5 kg. Y una talla de 120,3. En su estado se indicaba hipocrecimiento proporcionada en valores bajos para el padrón de población y para el patrón familiar, maduración ósea retrasada, restos de estudios normales. El juicio clínico era de hipocrecimiento proporcionado con estudio analítico-hormonal normal en niña con maduración ósea retrasada y potencia de talla futura excelente. Cuando Ángela contaba con 9 años y 11 meses, presentaba un peso de 21,7 y una talla de 120,3. En el informe de 18-10-00 el estado era crecimiento proporcionado en valores bajos del patrón de población y del patrón parental de talla, ritmo de crecimiento patológico, con pérdida de -1 DS en los últimos tres años, quedando pendiente de estudio de GH horas, IGF 1, T3, TSH, antiendomiso, sistemático de sangre, VSG, bioquímica y maduración ósea. Sexto.Con fecha 6-6-01 cuando Ángela contaba con 10 años y 6 meses presentaba un peso de 24,2 y media 124 cm. Su estado era considerado una vez más de crecimiento proporcionado en valores bajos para el patrón de población y el patrón parental de talla, maduración ósea a 10 años y 1 mes, con sistemático de sangre. VSG, bioquímica hemática, hormonas tiroideas, TSH, I, GF1, ACTH y cortisol normales, estando pendiente de realizar cariotipo con técnica de banda, 170 HP, DHEAS, ACTH, Cortisol libre urinario en 24 horas y IGF1. Séptimo.El 19-7-01 cuando tenía 10 años y 8 meses presentaba un peso de 24,1 (MDS P/T y 124,6 cm de talla (-2,7 DS). El estado actual seguía considerándose de hipocrecimiento proporcionado en estudio, maduración ósea de 10 años y 1 mes, ritmo de crecimiento en torno a 4,5 cm/año, IGF1 = 51 ngrs/ml (Valores normales 117- 771, DHEAS 248,43 MICROG/DL (Valores normales 140-160). Se solicitaron pruebas de dinámica de GH con estímulo de insulina, IGF1, 170 HP, DHEAS y equilibrio ácido-base, pH. Cuatro meses después, el día 26-11-01 Ángela tiene 11 años y presenta un peso de 26,3 (+

0,5 DS P/T) y una talla de 126,3 (-2,6 DS) con un estado actual de hipocrecimiento proporcionado en estudio, maduración ósea de 10 años y 1 mes, ritmo de crecimiento de 5 cm/año, sistemático de sangre normales, VSG y bioquímica normales, hormonas tiroideas, TSH, IGF1, cortisol, ACTH normales, 17 OHP normal y estímulo de GH con clonidina basal 0 y pico máximo 8,01 ng/ml. Octavo. El 17-7-02 se acude a la consulta de pediatría. Ángela tiene 11 años y 8 meses, un peso de 28,9 y una talla de 128,5. En esta consulta, en el departamento de pediatría de los servicios públicos, se le diagnosticó un déficit parcial de hormona de crecimiento encontrándose la paciente de 11 años y 8 meses con un hipocrecimiento proporcionado (-2,8 DS.), maduración ósea retrasada (10 años y 6 meses) inicio de los caracteres sexuales secundarios y ritmo de crecimiento patológico, inferior a 3 DS. La doctora Filomena solicitó en esa fecha protocolo de tratamiento con GH. Noveno. Con fecha 31 de julio el Comité Asesor no estimó indicado el tratamiento solicitado por la Doctora Filomena, médico asistencial de Ángela, indicando que lo rechazaba atendiendo a los criterios de utilización establecidos por el propio Comité Asesor. El 9 de octubre de 2002 Ángela tiene 11 años y 11 meses y presenta un peso de 30,6 (+ 0,6 DS P/T) y 132,2 cm (-2,8 DS). Su estado actual es de hipocrecimiento proporcionado con maduración ósea retrasada 10,6 m, ritmo de crecimiento puberal en los últimos meses (P<sup>o</sup>50), desarrollo mamario nivel III-II, vello pubiano nivel I-II, antecedentes de dos estímulos de GH realizados con insulina y clonitidina patológicos. La doctora Filomena el 9-10-02, tras haber observado durante los últimos años a Ángela y conocedora de su evolución inició el tratamiento de hormona de crecimiento, prescribiéndole Humatrope 24 mg: 1 click por la mañana y 2 click por la noche en inyección subcutánea con rotación periódica y Decapeptul 3,75 mg: 0,9 cc. Cada 25 días. Décimo. El 17 de diciembre el Comité Asesor para la Hormona de crecimiento valoró nuevamente el expediente por solicitud de la médico asistencia; esta vez también desaconsejó el tratamiento estableciendo que consideraba de forma global la gráfica de crecimiento. Y en aspecto dinámico, no es concordante con patología de GH, con además, normalidad de IGF1 e IGFBP3, por lo que no considera aconsejable el tratamiento. Undécimo. El 17-2-03 Ángela ya tiene 12 años y 3 meses con un peso de 32 (+ 0,9 DS P/T) y una talla de 133,8 (- 3 DS) con un estado actual de hipocrecimiento con maduración ósea retrasada, ritmo de crecimiento patológico, estudio hormonal compatible con déficit neurosecretor de GH. Por haber iniciado el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios se inicia tratamiento con análogos de LHRH y GH para asegurar una talla social adecuada. Presentaba una maduración ósea de 11 años y 2 meses. La doctrina prescribió el tratamiento con hormona de crecimiento ante la presencia de datos objetivos de indicación de dicho tratamiento. Duodécimo. El 23-6-03 Ángela tiene 12 años y 7 meses con un peso de 35,8 (+1,2 DS P/T) y talla de 127,4 cm (-2,6; DS). Su estado es de hipocrecimiento con maduración ósea retrasada estudio hormonal de GH compatible con déficit neurosecretor de GH, test dinámico de GH con estímulo de insulina basal 0,01 mg/ml pico máx: 3,71 ng/ml, glucemia basal 82 mg/gl descenso; 46 mg/dl, test dinámico de GH con estímulo de clonidina GH basal 0,01 ng/ml pico máx: 8 ng/ml, IGF1 en valores patológicos y bajos valores de IGFBP3 el 17 de junio de 2002 de 2,78 (VN 4,575 + -2.2334. Se efectuó tratamiento con GH combinado con LHRH, mejorando -0,5 DS de su percentil) Maduración ósea actual 11 a 8 meses. Continúa con la prescripción de Humatrope 24 mg. El 20-10-03 Ángela tiene 12 años y 11 meses, pesa 35,8 y mide

139,8 cm. Su ritmo de crecimiento es de 7 cm/año durante el tratamiento con GH. A la vista de los resultados se continuó prescribiendo humatrope 24 mg. Decimotercero. El 23-2-04 Elena tiene 13 años y 3 meses y presentaba un peso de 42,8 Kg. (+ 1,5 DS P/T) y 142,7 cm (- 2.2 DS). Su estado actual es de hipocrecimiento con maduración ósea retrasada, estudio hormonal de GH compatible con déficit neurosecretor de GH, tratamiento actual con GH desde octubre de 2002, inicialmente combinado con análogos LHRH hasta octubre de 2003, exploración física: vello pubiano y desarrollo mamario estadio III y edad ósea actual 13 años. Continúa con la prescripción de humatrope 24 mg. El 29 de marzo de 2004 Ángela tiene 13 años y 3 meses y un peso de 42,8 kg. (+ 1,5 DS P/T) y una talla de 142,7 cm (- 2,2 DS). Decimocuarto. Por todo ello, con fecha 13-4-05 la Doctora Filomena, Especialista asistencia de Ángela, realizó informe resumen de la historia clínica de Ángela en el que indicaba que cumple los criterios de inclusión de crecimiento intrauterino retardado y los criterios de inclusión de déficit parcial de GH tanto clínicos como hormonales. En su informe la Dra. Filomena concluía: Con la evolución favorable bajo tratamiento con GH y con los criterios hoy día admitidos de tratamiento con GH recombinante (antecedente de CI y déficit parcial de GH), se solicita de nuevo consideren esta situación. El 16-6-04 se vuelve a denegar el tratamiento. Con fecha 20-5-04 la Dra. Filomena ruega revalorización al considerar que cumple los criterios de CIR. Se vuelve a denegar. En un año que lleva en tratamiento con hormona de crecimiento ha mejorado la talla de un retraso de 3 DS a un retraso actual de 2,2 DS el 23 de febrero de 2004. Decimoquinto. Don Enrique ha abonado gastos farmacéuticos par adquisición del tratamiento de su hija Ángela (HUMATRIOPE 24 Mg) a razón de 579,53 euros quincenales desde el 16-10-02 hasta el 1-2-05, por importe total de 31.294,68 euros.”

**Tercero.**—Interpuesto Recurso de Suplicación contra dicha sentencia por la demandada, fue impugnado por los actores. Elevados los Autos a esta Sala, se designó Ponente, acordándose la participación a las partes de tal designación.

### FUNDAMENTOS DE DERECHO

**Primero.**—La sentencia del Juzgado de lo Social número Dos de los de Valladolid, de 23 de enero de 2006, estimó parcialmente la demanda deducida por D. Enrique y su esposa D.<sup>a</sup> Gloria frente a la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León y frente a la Tesorería General de la Seguridad Social entidad esta respecto de la que se formuló ulterior desistimiento, y condenó a la citada Gerencia de Salud a abonar la suma de 31.294,68 euros, en concepto de restitución de los gastos de farmacia efectuados por el matrimonio demandante en beneficio reparador de su hija menor D.<sup>a</sup> Ángela.

Se recurre en suplicación el aludido pronunciamiento por la Gerencia condenada, cuya representación interesa en primer término, al amparo de lo previsto en el artículo 191.b) del Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, la revisión de los hechos probados de la sentencia de instancia. En concreto, insta el escrito de recurso la expulsión del ordinal táctico decimocuarto de lo consignado en su último punto: "En un año que lleva en tratamiento con hormona de crecimiento ha

mejorado de talla de un retraso de 3 DS a un retraso actual de 2,2 DS el 23 de febrero de 2004”.

A juicio de la Sala, sin embargo, no es posible aceptar esa pretensión revisoria. Sencillamente, porque el soporte documental que se cita como pretendido aval de la supresión que se pide no revela error alguno de la Magistrada de instancia a la hora de consignar el dato que se trata de excluir; es más, el Informe del Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento invocado para sostener la modificación que se examina (folios 534 y siguientes) no contiene dato alguno sobre la evolución del crecimiento de la paciente, no entrando por consiguiente en contradicción el citado Informe con el extremo reseñado en el ordinal decimocuarto que se quiere suprimir. Por otra parte, la dialéctica que se explaya en el motivo de recurso que se está analizando nada tiene que ver en su mayor parte con el objetivo revisorio pretendido, puesto que esa dialéctica transita en tomo al siguiente tipo de consideraciones: que fueron diversos los diagnósticos formulados por la especialista que vino tratando a la menor Ángela; que la paciente no cumplía los requisitos protocolarios para el suministro de los medicamentos que se pautaron a la misma; que no es posible afirmar que la mejoría del crecimiento de la niña fuere exclusivamente tributaria de la farmacopea a la misma administrada, y no obedeciera a otros factores; o que el Comité Asesor no conocía el tratamiento que la paciente estaba recibiendo. En definitiva, ni el Informe que se cita, ni la argumentación que se vierte adveran la falta de correspondencia con la realidad de las cosas del extremo fáctico que se pretende expulsar del territorio de la verdad procesal, extremo ese avalado por el contrario a través de la prueba pericial practicada y documentalmente soportada (folios 467 y siguientes).

**Segundo.**—Ya en el territorio de la crítica jurídica, esto es, con el cobijo que proporciona la letra c) del artículo 191 de la Ley procesal, articula la parte recurrente los dos motivos de suplicación que se examinarán individualizadamente más adelante, motivos de recurso esos que se instalan en el siguiente y resumido contexto circunstancial tal y como el mismo emerge del inalterado relato fáctico de la sentencia de Valladolid.

Ángela, nacida en noviembre de 1990, presentó desde entonces déficit de crecimiento, habiendo sido atendida por ello en el Hospital General de Medina del Campo y más tarde en el Servicio de Endocrinología Infantil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. En mayo de 1997 la niña tenía un peso de 14,8 kilogramos (-1,5 DS) y una talla de 106 centímetros (-2 DS), con maduración ósea retrasada de más de 2 años y ritmo de crecimiento de -2 DS. En octubre de 2000, a los 9 años y 11 meses de edad, la menor acredita una talla de 120,3 centímetros (-2,9 DS) y un peso de 21,7 kilos, persistiendo el diagnóstico de ritmo de crecimiento patológico, con pérdida de -1 DS en los últimos 3 años, así como maduración ósea retardada. En julio de 2002, a los 11 años y 8 meses, la paciente presenta una talla de 128,5 (-2,8 DS) y un peso de 28,9 kilos, con maduración ósea correspondiente a una edad de 10 años y 6 meses, perseverándose en el diagnóstico de ritmo patológico de crecimiento (inferior a -3), obteniéndose tras las pruebas entonces practicadas unos resultados compatibles con déficit parcial de GH (hormona del crecimiento). Como consecuencia de esos hallazgos, la especialista de

Endocrinología Pediátrica que venía tratando a Ángela solicitó del Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento pláctet para el inicio del tratamiento de la paciente con el correspondiente fármaco, rechazándose ello el 31 de julio de aquel 2002, "atendiendo a los criterios de utilización establecidos por este Comité Asesor". Acreditándose a través de nuevos ensayos un GH patológico, en octubre de 2002 la especialista que asiste a la menor pauta el inicio de tratamiento con hormona de crecimiento, prescribiendo la administración de Humatrope. Tras nueva solicitud de la facultativa que viene asistiendo a Ángela, en 17 de diciembre del citado 2002 vuelve el Comité Asesor a desaconsejar el tratamiento, en razón de estimar que la gráfica de crecimiento "no es concordante con patología de GH, existiendo normalidad de IGF1 e IGFBP3". En febrero de 2003, manteniéndose idénticos diagnósticos, se sigue pautando Humatrope, más otro fármaco tendente a retrasar el inicio de la pubertad, puesto que se había iniciado el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de la menor. En octubre de 2003 Ángela mide 134,8 centímetros y pesa 35,8 kilos, siendo de 7 centímetros/año el ritmo de crecimiento desde que se iniciara el tratamiento con Humatrope. En marzo de 2004 la talla de la paciente es de 142,7 y el peso de 42,8 kilos, perseverándose en el diagnóstico de hipocrecimiento compatible con déficit neurosecretor de GH. En abril de ese año la especialista que asiste a la paciente eleva nueva petición al Comité Asesor de la Hormona del Crecimiento, acompañando historia clínica de aquella que concluía en la aseveración de que la menor había experimentado buena evolución bajo el tratamiento con GH. Ello de junio vuelve aquel Comité a denegar el tratamiento, negativa en la que se persevera en una cuarta ocasión, contestando a nueva petición de aquella especialista elevada en mayo de 2004. Desde el inicio del tratamiento de Ángela con humatrope, el retraso de su crecimiento descendía desde -3 DS a -2,2 DS. Solicitado por los padres de la paciente el reintegro de los 31.294,68 euros por los mismos desembolsados para costear el tratamiento farmacológico con Humatrope pautado en beneficio de su hija, recayó finalmente la sentencia que ahora se trae ante este segundo grado jurisdiccional.

Pues bien, concurrente ese estado de cosas, afirma en primer lugar la Gerencia de Salud recurrente que la sentencia de origen infringió lo establecido en el artículo 5.3 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, regulador de la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, así como la Resolución de 29 de mayo de 1989 del Instituto Nacional de la Salud, que crea el Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento y sustancias relacionadas. Y, en síntesis, se fundamenta el citado motivo de suplicación aseverando que en el supuesto litigioso no concurría hipótesis alguna de urgencia vital de la menor farmacológicamente atendida mediante producto incentivador de la hormona del crecimiento, puesto que no existía riesgo cierto alguno para la vida o para la salud de la paciente Ángela.

La Sala no puede compartir esa inteligencia y, por ende, no puede estimar el motivo de recurso que se analiza. Sencillamente, porque el supuesto litigioso no lo es de asistencia sanitaria prestada fuera del Sistema Nacional de Salud, hipótesis esa en torno a la que transita la regulación que se entiende infringida. La niña Ángela fue siempre sanitariamente asistida por el servicio público de salud, desapareciendo en consecuencia la premisa mayor a partir de la que, en los supuestos reglados de urgencia vital, entra en juego la responsabilidad del Sistema

Nacional de arrostrar el coste económico de aquella asistencia, premisa esa constituida por el hecho de que la prestación sanitaria haya sido dada por terceros no pertenecientes a ese Sistema.

La cuestión aquí litigiosa no es la de determinar si una concreta prescripción asistencial farmacológica se pautó o no para el abordaje de una situación patológica que reclamaba aquella prescripción por razones de urgencia vital, sino la de concretar si aquella indicación terapéutica ha de ser asumida o no por el Sistema público de Salud, lo cual es temática propia del régimen jurídico de las prestaciones de farmacia, afirmación esta que al cabo viene a asumirse por la propia Gerencia recurrente, cual así se colige ello del motivo de suplicación que también se articula y al que se va a hacer alusión a renglón seguido.

**Tercero.**—En efecto, en un segundo motivo relacionado con la crítica en derecho, espeta la Gerencia Regional de Salud a la sentencia de origen que la misma reconoció la reclamación de reintegro de gastos formulada, no obstante "haberse dispensado medicamentos para los que se necesitaba la aprobación del Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento, y en ningún caso dicha aprobación ha tenido lugar". Y semejante tesis se fundamenta a renglón seguido citando las prescripciones contenidas en los artículos 2 y 5 del Real Decreto ya citado de 20 de enero de 1995, 105 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, 94 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, así como la Resolución de 29 de marzo de 1989 que creara el Comité Asesor de la Hormona de Crecimiento.

Tampoco este Tribunal puede abrazar la inteligencia de la Gerencia que se explaya en este motivo de recurso, puesto que a ello se oponen las siguientes y fundamentales pautas normativas. En primer lugar, en desarrollo del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43.1 de la Constitución, ya la preconstitucional Ley General de la Seguridad Social de 1974 había establecido en su artículo 98.1 que la asistencia sanitaria tenía por objeto la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a conservar o restablecer la salud; incluso con anterioridad, el artículo 2.1 del Decreto 3157/1966, de 23 de diciembre, regulador de la dispensación de especialidades farmacéuticas en el Régimen General de la Seguridad Social, había dispuesto que "los facultativos que tengan a su cargo la asistencia sanitaria podrán prescribir de acuerdo con las normas que al efecto se establezcan ... cualesquiera fórmulas magistrales y especialidades farmacéuticas reconocidas por la legislación sanitaria vigente que sean convenientes para la recuperación de la salud de sus pacientes; y, en el mismo sentido, el artículo 10.14 de la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 dispuso que todos tienen derecho "a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado". En segundo lugar, abundando en lo anterior, el Anexo I del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de prestaciones sanitarias, incluyó las farmacéuticas entre las prestaciones a facilitar por el Sistema Nacional de Salud y a financiar con cargo a la Seguridad Social o a los fondos estatales adscritos a la sanidad, prestaciones las citadas que habrían de llevarse a

efecto en los términos y condiciones establecidos en la Ley General de Sanidad y demás disposiciones de aplicación, y con respecto de los principios de "igualdad, uso adecuado y responsable, y prevención y sanción de los supuestos de fraude, abuso o desviación" (artículo 5.1 del referido Real Decreto). En tercer lugar, entre los criterios determinantes del "uso racional de los medicamentos" y condicionantes de su inclusión en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social, el artículo 94.1 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, incluyó los de gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías, así como los de utilidad terapéutica y social del medicamento, y la necesidad de limitar el gasto público destinado a prestaciones farmacéuticas; y, en desarrollo de esa idea del "uso racional de los medicamentos", el artículo 2 del Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, reguló la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, excluyendo de esa financiación en su artículo 2 y en sus Anexos una serie de productos genéricamente caracterizables como dietéticos, cosméticos, higiénicos, destinados al abordaje de patologías menores, etc. En fin, el artículo 96 de la ya citada Ley del Medicamento atribuyó a las Administraciones Públicas del Sistema Nacional de Salud la facultad de evaluar las prescripciones farmacéuticas por áreas, zonas, terapias, grupos poblacionales y otras circunstancias.

La proyección al caso objeto de recurso de las antes resumidas pautas normativas tiene que precipitarse en la conclusión de que la prescripción de hormona de crecimiento a la menor Ángela quedó atemperada a tales pautas. La citada prescripción, de un lado, se efectuó por facultativo especialista ante la detección de una situación patológica de hipocrecimiento de la niña que demandaba un abordaje terapéutico de la misma orientado a la corrección de ese déficit de crecimiento, el cual fue etiquetado o filiado tras los estudios y ensayos efectuados como consiguiente a una deficiente secreción de la hormona del crecimiento. El producto prescrito, de otro lado, no es de los excluidos de su financiación por el Sistema de Salud, no obediendo tampoco su indicación terapéutica a la superación de una situación morbosa caracterizable como menor. El medicamento pautado, además, obedecía a los criterios esenciales sobre el uso racional de ese tipo de prestaciones, puesto que para su indicación tuvo en cuenta la gravedad insita a una secuela de talla social inadecuada de la paciente, así como la utilidad terapéutica del tratamiento, utilidad esa contrastada a través de la evolución del crecimiento de Ángela tras la administración de humatrope. En fin, el especialista que efectuó la prescripción se dirigió hasta en 4 ocasiones al Comité Asesor de la Hormona del Crecimiento, Comité que no estimó aconsejable el tratamiento, mas sin que ese Comité explicitara nunca con claridad los criterios de exclusión del tratamiento que concurrían en la paciente frente al parecer de la endocrinóloga que venía tratando a la misma, y sin que el parecer del Comité sirva para eliminar el dato esencial de que se costeó y administró un tratamiento que venía pautado por los servicios de Atención Especializada del Sistema Público de Salud, y que había sido indicado conforme a las pautas rectoras de la prestación farmacéutica.

Por ello, no incurrió la sentencia de Valladolid en las infracciones normativas a la misma atribuidas, debiendo ser objeto de íntegra ratificación.

## FALLAMOS

Desestimamos el recurso de suplicación interpuesto por la GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN contra la sentencia dictada en fecha 23 de enero de 2006 por el Juzgado de lo Social número Dos de Valladolid, en virtud de demanda promovida por D. Enrique y por D.<sup>a</sup> Gloria contra referida recurrente, sobre REINTEGRO DE GASTOS y, en consecuencia, confirmamos el fallo de instancia.

### - Plan Regional de Castilla-La Mancha de Alcoholismo y Drogodependencias 2006-2010.

El Consejo de Gobierno ha aprobado el Plan Regional de Castilla-La Mancha de Alcoholismo y Drogodependencias 2006-2010. A continuación les ofrecemos un extracto elaborado por los autores del mismo.

*E. Galindo Bonilla y M. F. Morillo Garay .Servicio de Planificación.  
Dirección General de Planificación y Atención sociosanitaria de la Consejería de Sanidad.*

Dada la larga trayectoria que Castilla-La Mancha ha seguido en el abordaje de este problema de salud y sus repercusiones sociales, el nuevo Plan Regional de Castilla-La Mancha de Alcoholismo y Drogodependencias pretende continuar la línea marcada por los planes precedentes. Se define como integral; busca, por una parte, mejorar la atención sanitaria y la calidad de vida de los afectados y sus familias y, por otra, la prevención y la sensibilización social hacia el alcohol y las drogas, a la vez que se favorece la promoción de hábitos de vida saludable; es participativo, dinamizador y apuesta por la mejora de la calidad.

Este Plan se ha elaborado por la Consejería de Sanidad con las aportaciones de los diferentes profesionales y sectores implicados. En su proceso se constituyeron tres grupos de trabajo en los que participaron expertos, seleccionados en base a sus conocimientos, experiencia profesional y motivación a participar. Se tuvieron en cuenta criterios de representación territorial e interinstitucional, de forma que cada grupo estuviese integrado por representantes de todas las áreas de salud, los dispositivos y asociaciones implicadas (científicas, de pacientes y familiares), así como de varias instituciones y categorías profesionales; siendo todos ellos personas implicadas desde hace tiempo en la lucha y atención en el campo del alcoholismo y drogodependencias.

Tras la revisión de las actuaciones del Plan Regional de Drogas 2000-2005, y con la información recogida del análisis de situación y las propuestas de los grupos de trabajo, se procedió a la elaboración del documento borrador del nuevo Plan, que se estructura en cuatro Áreas de Intervención:

- PREVENCIÓN,
- ASISTENCIA E INCORPORACIÓN SOCIAL,

- PARTICIPACIÓN SOCIAL y
- FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.

Su consecución depende de 12 Objetivos, 29 Líneas de Acción prioritarias y 87 Actuaciones, a desarrollar en el periodo 2006 a 2010, y de cuyo cumplimiento se encargará de velar la Dirección del Plan y la Comisión Técnica Regional de Alcoholismo y Drogodependencias, con la colaboración de la Comisión Interlocal y el Consejo Asesor de Alcoholismo y Drogodependencias.

### **Objetivos del Plan.**

**El Área de Prevención** tiene como primer objetivo reducir el consumo de todo tipo de drogas, incluido alcohol y tabaco.

La base de este objetivo es la prevención primaria, mejorando la información sobre las consecuencias y riesgos para la salud asociados al uso y abuso de drogas; a través de campañas, dirigidas a consumidores habituales, jóvenes y adolescentes y conductores de vehículos. En este último caso se pretende introducir información en la formación de las autoescuelas.

La prevención implica fomentar posiciones críticas hacia las drogas. En este sentido se iniciarán campañas en prevención de consumo o de daño por consumo, tanto para población adulta y consumidores habituales como para adolescentes y jóvenes además de fomentar el desarrollo de hábitos de vida saludable y habilidades para la toma de decisiones responsables. Se mantiene el programa estrella “ALCAZUL” como programa comunitario de prevención, dirigido a población infanto-juvenil. En éste se producirá la fusión de otros programas comunitarios y la ampliación de la edad de los participantes de 10 a 18 años.

Se refuerza la función de la familia como agente preventivo, por lo que se continuará con actividades preventivas a través de grupos de padres y madres, complementándose con la distribución de folletos informativos sobre efectos y pautas de prevención a padres con hijos menores de 18 años.

En colectivos de especial riesgo, como en menores ingresados en centros y población penitenciaria, el Plan establece programas de prevención y promoción de la salud.

Otro de los objetivos a los que se dirige el Plan de de Alcoholismo y Drogodependencias en la prevención es el de reducir la oferta de bebidas alcohólicas y tabaco a la población juvenil y elaborar medidas de protección frente a las presiones que reciben niños y adolescentes para beber y fumar. Además se impulsará la aplicación de las normativas nacional y autonómica sobre venta y publicidad de alcohol y tabaco, reforzando la actividad inspectora.

Un segundo objetivo en el área de prevención se plantea comprometer a la comunidad en los programas de prevención del consumo de drogas, facilitando la responsabilización del conjunto de la sociedad en el afrontamiento de los

problemas generados por su abuso. Para ello, y a fin de mejorar el conocimiento de las drogodependencias entre los agentes sociales, se va a potenciar la formación de mediadores sociales (animadores socioculturales, monitores de tiempo libre, asociaciones y medios de comunicación), las actividades preventivas de las asociaciones y la celebración de jornadas y seminarios para profesionales de los medios de comunicación.

También se va a responder al interés por la reducción del consumo de drogas en el ámbito laboral, sensibilizando a la población trabajadora de los problemas derivados del consumo de alcohol y drogas, especialmente en los sectores del transporte, la construcción y la hostelería; con la colaboración de los sectores empresariales y sindicales.

**El Área de Asistencia e Incorporación Social** se orienta hacia los objetivos siguientes: conseguir la integración plena de las redes de salud mental y atención a drogodependencias; mejorar la cobertura asistencial de los problemas de abuso y dependencia de alcohol y drogas y favorecer su asistencia; mejorar la salud y calidad de vida de las personas con drogodependencias y la calidad de los programas y dispositivos de la red; impulsar programas de intervención con población de alto riesgo e incrementar la integración sociolaboral.

La red pública de asistencia a las drogodependencias se integrará en el Servicio Regional de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), con el fin de equiparar la situación de estas personas con el de otros problemas de salud mental. Para ello se actualizarán los programas de atención a las drogodependencias, asegurando la existencia de un programa específico de alcohol en cada Área de Salud. Se establecerá en la atención a drogodependencias los protocolos del Plan de Salud Mental correspondientes a patología dual, conductas adictivas sin sustancia y desintoxicación. Asimismo se va a adaptar el funcionamiento de las unidades asistenciales a los nuevos consumos, policonsumos y conductas adictivas.

También se reforzará el papel de los Equipos de Atención Primaria en la detección del consumo de drogas y problemas de salud asociados. Para ello se pondrá en marcha un programa de detección e intervención breve en alcohol y tabaco en Primaria, se establecerán medidas de coordinación entre estos profesionales y los de las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y Salud Mental, que contarán con un profesional de referencia para cada centro de Atención Primaria como figura de enlace. Como recursos de apoyo al tratamiento se mantendrá la disponibilidad de plazas gratuitas en centros en régimen de internado y se consolidará el programa específico para mujeres con cargas familiares.

En referencia a los menores, colaborarán las Consejerías de Sanidad, Bienestar Social y Educación, estableciendo un protocolo de asistencia a menores con problemas de alcoholismo y drogodependencia, que se llevará a efecto a través de comisiones técnicas interprofesionales en cada provincia. También se desarrollará un programa para la detección y actuación conjunta en menores consumidores

atendidos en los sistemas de Protección y Reforma, y se habilitarán plazas de internamiento terapéutico específicas.

Existe especial interés por mejorar los niveles de salud y calidad de vida de personas o con alcoholismo y drogodependencia, mejorando los programas y acciones dirigidos a la reducción de daños asociados al consumo: talleres sobre consumo de menos riesgo y sexo seguro, distribución de *kits* preventivos, etc. Se mantendrá el programa de sustitución con opiáceos en centros de salud y farmacias. También permanecerá un Centro de Emergencia.

A fin de Mejorar la calidad para la atención al paciente y su familia, se va a aplicar a la red de salud mental y drogas el Plan de Calidad establecido en el Plan de Salud Mental 2005-2010. Se incrementará la disponibilidad de plazas de internamiento para desintoxicación en las Unidades de Hospitalización Breve (UHB), y se continuará con los programas de apoyo a las familias en las UCA.

Dentro de la intervención con población de alto riesgo se prevé la continuación de programas para drogodependientes en centros penitenciarios, con actuaciones dirigidas a inserción laboral, atención y reducción de daños, así como talleres de sexo seguro, consumo de menor riesgo y de preparación para la libertad. La atención jurídica a alcohólicos y drogodependientes también es contemplada, manteniéndose el equipo de atención jurídica al alcohólico y drogodependiente, y se crea un programa de atención penitenciaria dentro del mismo.

Respecto a la población en situación de riesgo en su propio entorno social, se van a mantener y ampliar los programas de educación de calle y se adecuarán plazas para acogida y tratamiento de pacientes drogodependientes crónicos y con carencia sociofamiliares.

Es clave la cooperación en el proceso asistencial con organizaciones no gubernamentales, profesionales y asociaciones de autoayuda de afectados y familiares, por lo que se apoya y fomenta el asociacionismo y su participación en los distintos proyectos del Plan, en sus órganos de participación y en la gestión de los recursos a su cargo.

También es un Objetivo clave, en este Plan, la Integración social y laboral de los alcohólicos y drogodependientes, en coordinación con las asociaciones de afectados y rehabilitados. Se fomentará el asociacionismo y el cambio de la imagen social de los enfermos. Se mantendrá un protocolo de actuación con la elaboración de un Itinerario Individualizado de Inserción para cada persona y se incrementará el número de Centros de Día destinados a la inserción.

A fin de facilitar la integración laboral de estas personas, se van a reforzar mecanismos que faciliten el acceso a las acciones formativas laborales existentes, e itinerarios formativos específicos a las necesidades y posibilidades de cada persona. Se facilitará su participación en programas de empleo con apoyo, Centros Especiales de Empleo y formulas de empresa social. Todo ello coordinadamente entre las entidades que participan en el proceso de integración.

Dentro del **Área de Coordinación y Participación** se pretende implicar al conjunto de las instituciones y entidades competentes en alcoholismo y drogodependencias en los programas del Plan, aumentando la participación y la cooperación interinstitucional. De este modo se optimiza el aprovechamiento de los recursos dependientes de las distintas administraciones y entidades. Será clave para ello la creación de una Comisión Interlocal, cuya composición se determina en el Plan. Una actuación prioritaria es el impulsar que todos los ayuntamientos de más de 10.000 habitantes cuenten con un Plan Municipal de Drogas.

En el **Área de Formación** sobre drogas se va a ampliar y mejorar la formación básica, especializada y continuada del profesorado, de los profesionales de los diversos recursos de atención y prevención de alcoholismo y drogodependencias, Atención Primaria y Especializada, así como de otros profesionales del ámbito judicial, penitenciario, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado y planes municipales.

Para ello se va a elaborar en el primer semestre de 2007 una Agenda de Formación Continuada en alcoholismo y drogodependencias, a fin de potenciar el conocimiento e interés de los profesionales en áreas de formación específica e incrementar la competencia clínico-asistencial respecto a los problemas más relevantes.

También se incluirá en las Universidades y con su colaboración, módulos de formación de pregrado y postgrado en estudios de especialidades relacionados con el alcoholismo y drogodependencias, y se fomentará la celebración de encuentros y debates de profesionales.

En **Investigación** también se elaborará una Agenda que programe las acciones a desarrollar, para mejorar nuestro conocimiento sobre el consumo y dependencia del alcohol y drogas, sus factores de riesgo y las intervenciones efectivas para su control, prevención y mejora continua de la calidad asistencial.

Será objeto del Observatorio Regional sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos la mejora del conocimiento de las drogodependencias, su evolución en Castilla-La Mancha y las intervenciones que se realizan. Publicará, con carácter bianual, una encuesta domiciliaria sobre consumo de alcohol y drogas y continuará con la edición de la revista anual del Observatorio.

Por último, se definirá un sistema de información, común a salud mental, alcohol y drogas, que integre a todos los sectores y dispositivos implicados en la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de las personas con dependencia y que permita dotar a todos los dispositivos de la red de infraestructuras y equipos informáticos. Se implementará el módulo de historia clínica electrónica. Este sistema facilitará el seguimiento y la evaluación de las actuaciones previstas en el Plan.

- Sentencia del Tribunal Supremo que establece que PSN debe pagar todas las pensiones del régimen de asistencia médico farmacéutica y accidentes de trabajo (AMF-AT), a pesar de la extinción del mismo en ese año.

Jurisdicción: Social

Recurso núm. 5173/2004

Ponente: Excmo. Sr. D. Gonzalo Moliner Tamborero

En la Villa de Madrid, a cinco de julio de dos mil seis.

Vistos los presentes autos pendientes ante esta Sala, en virtud del recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por el Letrado D. julio Fernández-Quiñones García en nombre y representación de Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros y Reaseguros A Prima Fija contra la sentencia dictada el 19 de diciembre de 2003 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Navarra, en recurso de duplicación núm. 276/03, interpuesto contra la sentencia de fecha 28 de mayo de 2003, dictada por el Juzgado de lo Social núm. 3 de Pamplona, en autos núm. 78/03, seguidos a instancias de D<sup>a</sup> Marcelina y D<sup>a</sup> Milagros contra Previsión Sanitaria Nacional, Mutua Seguros y Reaseguros Mutua Navarra, Mutua Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales núm. 21 y Administración General del Estado sobre pensión viudedad.

Ha comparecido en concepto de recurrido Mutua Navarra, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social núm. 21, representada por el Procurador D. José Manuel Dorremocha Aramburu; la Administración General del Estado, representada por el Abogado del Estado y D<sup>a</sup> Marcelina y Milagros, representadas por el Procurador D. Federico Ortiz-Cañavate Levenfeld.

Es Magistrado Ponente el Excmo. Sr. D. Gonzalo Moliner Tamborero

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

PRIMERO Con fecha 28 de mayo de 2003 el Juzgado de lo Social núm. 3 de Pamplona dictó sentencia, en la que se declararon probados los siguientes hechos:

«I.- La demandante D<sup>a</sup> Marcelina estuvo casada con D. Serafin, quien prestó servicios como médico por cuenta de Mutua Navarra, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social núm. 21, desde el 1-2-63 hasta el 31-12-89, fecha en la que causó baja por jubilación, y durante este tiempo fue mutualista y permaneció afiliado a la Mutualidad de Previsión Social "Previsión Sanitaria Nacional" cotizando mensualmente el 4% de su salario real y la mutua el 8%, conforme a lo previsto en la Orden del Ministerio de Trabajo de 7 de diciembre de 1953, sobre Prestaciones en Materia de Previsión Social a disfrutar por Facultativos Sanitarios de las Entidades de Asistencia Médico-Farmacéutica y de las de Accidente de Trabajo con Servicio Centralizado, en la resolución de la Dirección

General de Trabajo de 22 de diciembre de 1953 y la resolución de 10 de septiembre de 1963, que modifica la anterior, y establece las normas que regulan el régimen de previsión de los Médicos de Entidades de Asistencia Médico-Farmacéutica y Entidades Aseguradoras de Accidentes de Trabajo. Desde la jubilación hasta su fallecimiento el 24 de febrero de 1992 el antes citado cobró pensión de jubilación de Previsión Sanitaria Nacional, y a partir de entonces su viuda ha venido percibiendo con cargo al citado régimen de previsión la pensión de viudedad en base a la cotización realizada, por un importe mensual de 153.400 ptas. en 14 mensualidades al año. A partir de octubre de 1997 Previsión Sanitaria Nacional dejó de abonar a la Sra. Marcelina la prestación económica de la pensión de viudedad, dando lugar a la oportuna reclamación resuelta por el Juzgado de lo Social núm. 1 de Navarra en sentencia de 8 de febrero de 2000, firme al ser confirmada por la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de 16 de junio de 2000, habiéndose inadmitido recurso de casación por auto del Tribunal Supremo de 14 de marzo de 2001, habiéndose condenado a la demandada Previsión Sanitaria Nacional al pago de 4.295.000 ptas. por la pensión de viudedad correspondiente al período octubre 1997 a septiembre de 1999, importe ya abonado por Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.

II.- El esposo de la demandante D<sup>a</sup> Milagros, D. Juan Alberto, también prestó sus servicios como médico por cuenta de la mutua demandada, desde el 1-1-44 al 31-1-82, fecha en la que causó baja por jubilación, y durante dicho período fue mutualista y permaneció afiliado en la Mutualidad de Previsión Social "Previsión Sanitaria Nacional", realizando por él y la Mutua Navarra las correspondientes cotizaciones. Desde su jubilación D. Juan Alberto cobró de Previsión Sanitaria Nacional la correspondiente pensión de jubilación hasta su fallecimiento, a partir de cuyo momento su viuda ha venido percibiendo con cargo al citado régimen de Previsión la pensión de viudedad, con un importe mensual de 79.342 ptas. en 14 mensualidades al año. Desde octubre de 1997 Previsión Sanitaria Nacional dejó de abonar a la codemandante la correspondiente prestación de viudedad, dando lugar a la oportuna reclamación resuelta por sentencia del Juzgado de lo Social núm. 2 de Navarra de 5-4-00, confirmada por la sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de 18-7-00, siendo inadmitido recurso de casación por auto de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 27-3-01, habiéndose condenado a Previsión Sanitaria Nacional al pago de 2.221.576 ptas. por el período de octubre de 1997 a septiembre de 1999, importe ya abonado por Previsión Sanitaria Nacional (sentencias que obran unidas a los autos y que se dan aquí por reproducidas, al igual que las mencionadas en el hecho probado anterior).

III.- Desde el mes de octubre de 1999 Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, ha dejado de abonar a las actoras la pensión de viudedad, razón por la que reclama D<sup>a</sup> Marcelina 39.644,03 euros, y D<sup>a</sup> Milagros 20.504,77 euros, todo ello conforme al desglose del hecho tercero de la demanda, que se tiene aquí expresamente por reproducido, y que se admite por las demandadas para el caso de que se estime la demanda.

IV.- Por orden del Ministerio de Hacienda de 1-2-95 Previsión Sanitaria Nacional, Mutualidad de Previsión Social, se transformó en Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.

V.- Por resolución de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social de 31-7-97, unida a los autos y que se da por reproducida, se declaró: 1. Previsión Sanitaria Nacional ostenta la condición de entidad sustitutoria de la Seguridad Social de carácter mixto, ya que dispensa en nombre y por cuenta propia la protección social de un determinado colectivo de trabajadores, aplicando un régimen legal y obligatorio. No es una entidad gestora, por delegación del Estado, de un régimen público, sino la titular y responsable de una obligación de cobertura configurada legalmente. 2. La integración del colectivo en la Seguridad Social debe sujetarse al procedimiento establecido en el RD 2248/1985, de 20 de noviembre, de acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria octava de la LGSS de 20 de junio de 1994.

VI.- Consta aportado a los autos y se da aquí por reproducido el contrato de trabajo suscrito por D. Juan Alberto y la Mutua codemandada, y los estatutos sociales de Previsión Sanitaria Nacional, así como el plan de rehabilitación de Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, requerido por resolución de la Dirección General de Seguros de 16-12-97, los balances y cuentas de pérdidas y ganancias de Previsión Sanitaria Nacional de los ejercicios 1986, 1987, 1988, 1989, el informe de revisión especial de los estados financieros del Régimen de Previsión de los Médicos de Asistencia Médico-Farmacéutica y Entidades Aseguradoras de Accidentes de Trabajo para el período comprendido entre el 1-1-86 y el 31-12-97, y el acta levantada el 10-4-97 a la entidad Previsión Sanitaria Nacional por la Dirección General de Seguros.

VII.- Las demandantes presentaron el 5-11-02 reclamación previa frente a la Administración General del Estado, sin que conste que haya sido resuelta hasta la fecha, habiendo presentado papeleta de conciliación el 5-11-02 frente a Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, y Mutua Navarra, celebrándose el acto el 15-11-02, sin avenencia respecto de la Mutua Navarra, y teniéndose por intentado sin efecto respecto de la otra codemanda ante su incomparecencia».

En dicha sentencia aparece la siguiente parte dispositiva: «Que estimando la excepción procesal de falta de jurisdicción en lo que se refiere a la condena a la Administración General del Estado por la falta de desarrollo normativo de la disposición adicional decimooctava de la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, y desestimando las excepciones de falta de jurisdicción, falta de acción, falta de legitimación pasiva, y caducidad o prescripción invocadas por Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, y estimando a su vez la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por la Mutua Navarra, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social núm. 21, y estimando parcialmente la demanda producida por D<sup>a</sup> Marcelina y D<sup>a</sup> Milagros frente a Previsión Sanitaria Nacional, Mutua Seguros y Reaseguros, Mutua Navarra, Mutua Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales núm. 21 y

Administración General del Estado, debo condenar y condeno a Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija a abonar a D<sup>a</sup> Marcelina 2.765,86 euros y a D<sup>a</sup> Milagros 1.430,57 euros, por la pensión de viudedad devengada en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1999, absolviendo a las demandadas de las demás pretensiones frente a ellas ejercitadas, y dictando sentencia absolutoria en la instancia respecto de la pretensión de condena de la Administración General del Estado por falta de desarrollo normativo de la disposición adicional decimoctava de la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, acción que deberán ejercitar en su caso las demandantes ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa competente y una vez agotados los trámites administrativos que en su caso sean preceptivos».

SEGUNDO La citada sentencia fue recurrida en suplicación por D<sup>a</sup> Marcelina y D<sup>a</sup> Milagros ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Navarra, la cual dictó sentencia en fecha 19 de diciembre de 2003, en la que consta el siguiente fallo: «Que estimando el recurso de Suplicación interpuesto en nombre y representación de D<sup>a</sup> Marcelina y D<sup>a</sup> Milagros contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social núm. Tres de Navarra, en el procedimiento seguido a instancias de dichas recurrentes frente a Mutua Navarra, Previsión Sanitaria Nacional y Administración General del Estado, en reclamación de pensión de viudedad, debemos revocar y revocamos parcialmente dicha Sentencia y en su lugar con estimación de la demanda, debemos declarar y declaramos el derecho de las demandantes a percibir la prestación de viudedad con cargo al Régimen de Previsión Social de Entidades de Asistencia Médico-Farmacéutica y Aseguradoras de Accidentes de Trabajo por importe de 921,95 € mensuales para D<sup>a</sup> Marcelina y de 476,86 € mensuales en el de D<sup>a</sup> Milagros; y debemos condenar y condenamos a Mutua Navarra y a Previsión Sanitaria Nacional a que de forma solidaria abonen a D<sup>a</sup> Marcelina la suma de 36.854,12 € y a D<sup>a</sup> Milagros la suma de 19.074,20 en concepto de prestaciones de viudedad por el período de enero de 2000 a noviembre del 2002, más las que se sigan generando hasta el inicio del pago mensual; confirmando la sentencia de instancia en el resto de los pronunciamientos».

TERCERO Por la representación de Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros y Reaseguros A Prima Fija se formalizó el presente recurso de casación para la unificación de doctrina que tuvo entrada en el Registro General de este Tribunal el 23 de diciembre de 2004, en el que se alega interpretación errónea y aplicación indebida del art. 2 del Código Civil, en relación con la Disposición Adicional Décimo Octava de la Ley 55/1999 de 30 de diciembre, Ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2000, art. 17 de la Ley de Procedimiento Laboral, el artículo 2 de la Orden Ministerial (sic) 10 de septiembre de 1963, los artículos 9.3 y 24.1 de CE y art. 240 de la LOPJ. Se aporta como sentencia contradictoria con la recurrida la dictada el 4 de junio de 2002 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (Rec.- 793/02).

CUARTO Por providencia de esta Sala de fecha 4 de noviembre de 2005 se admitió a trámite el presente recurso, dándose traslado del escrito de interposición y de los

autos a la representación procesal de la parte demandada para que formalice su impugnación en el plazo de diez días.

QUINTO Evacuado el traslado de impugnación por el Ministerio Fiscal se emitió informe en el sentido de considerar el recurso improcedente, e instruido el Excmo. Sr. Magistrado Ponente se declararon conclusos los autos, señalándose para votación y fallo el día 28 de junio de 2006.

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

PRIMERO 1.- El presente recurso de casación para la unificación de doctrina lo ha interpuesto la entidad Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros y Reaseguros a prima fija, contra la sentencia dictada por la Sala de lo Social de Navarra de fecha 19 de diciembre de 2003 que la condenó a abonar a las dos demandantes en estos autos las cantidades que por el concepto de pensión de viudedad habían reclamado por los atrasos correspondientes al período comprendido entre octubre de 1999 y noviembre de 2002.

2. La entidad recurrente pretende con su recurso que se anule la sentencia en cuanto al reconocimiento de prestaciones a favor de las demandantes a partir del 1 de enero de 2000 apoyándose en el hecho de que a partir de dicha fecha entró en vigor el contenido de la Disposición Adicional 18 de la Ley 55/1999, de 30 de diciembre en virtud del cual a partir de aquella fecha se declaraba extinguido el régimen de previsión de los médicos de asistencia médico-farmacéutica y de accidentes de trabajo que dicha Entidad gestionaba y en atención al cual habían percibido dichas demandantes su pensión. Aportando como sentencia de referencia para la contradicción como requisito de admisión del presente recurso la dictada por la Sala de lo Social del País Vasco de 4 de junio de 2002 en la cual, contemplando reclamaciones de médicos que tenían cubierta su pensión de jubilación por la misma entidad Previsión Sanitaria Nacional y a cargo del mismo régimen de previsión, entendió que a partir del 1 de enero de 2000 se habían suprimido las prestaciones hasta entonces reconocidas y por ello había decaído el derecho de los demandantes a seguir percibiendo las mismas, interpretando así el contenido de la Disposición Adicional 18 de la Ley citada.

3. En ambas sentencias se planteó el mismo problema en relación con la aplicación de lo dispuesto en la Ley 55/99 sobre extinción del Régimen de Asistencia Médico-Farmacéutica de Accidentes de Trabajo el que traían causa las prestaciones reclamadas por los demandantes en uno y otro procedimiento y, mientras en el caso de la sentencia recurrida se llegó a la conclusión de que tal disposición no impedía que los beneficiarios de aquellas prestaciones desde tiempo anterior siguieran percibiéndolas por la recurrida se llegó a la conclusión contraria, deviniendo indiferente que en un caso se reclamaran prestaciones de viudedad y en el otro prestaciones de jubilación. Se aprecia claramente la contradicción que requiere el art. LPL para poder entrar en la unificación de doctrina acerca de la cuestión planteada.

SEGUNDO 1.- La cuestión que se ha planteado en el presente recurso de casación para la unificación de doctrina consiste en determinar si el derecho que las dos demandantes tenían reconocido con anterioridad al año 2000 a percibir prestaciones de viudedad a cargo del «Régimen de previsión de asistencia médico-farmacéutica y accidentes de trabajo (AMFAT) gestionado por la entidad mutualista «Previsión Sanitaria Nacional», se ha extinguido o no a partir del 1 de enero de 2000 como consecuencia de la entrada en vigor de la Disposición Adicional 18ª de la Ley 55/1999, de medidas fiscales, administrativas y de orden social cuya infracción es lo que ha sido denunciado por la indicada entidad recurrente.

2. La Disposición Adicional 18ª que se señala como infringida por la sentencia recurrida establece lo siguiente: «Con efectos del día 1 de enero del año 2000, se extinguirá el régimen de previsión de los médicos de asistencia médico-farmacéutica y de accidentes de trabajo, quedando derogadas todas las disposiciones reguladoras del mismo y, en particular, la Orden de 7 de diciembre de 1953 del Ministerio de Trabajo. La Administración General del Estado determinará reglamentariamente, en el plazo máximo de seis meses, los derechos que, de acuerdo con la naturaleza del régimen de asistencia médico-farmacéutica y de accidentes de trabajo, corresponden, en su caso, a los interesados, como consecuencia de la extinción y liquidación del citado régimen».

Lo que esta norma quiso decir expresamente y las consecuencias de su interpretación han sido recogidas en una anterior sentencia de unificación de doctrina dictada por esta Sala en STS de 21 de julio de 2005 (Rec.- 1540/04). En ella se señaló, en un resumen de su doctrina a la que nos remitimos, que, siendo cierto que la Ley en cuestión había declarado la extinción de aquel régimen de previsión, sin embargo había encargado a la Administración General del Estado que determinara por vía reglamentaria los derechos que correspondieran a los interesados, y el incumplimiento de este encargo, tratándose como se trataba de un régimen sustitutorio de la Seguridad Social no permite entender que el mero incumplimiento por la Administración de su deber de reglamentar los derechos de los asegurados lleve consigo la pérdida de los derechos de los asegurados sino su mera modulación, lo que hace que, mientras aquella Administración no cumpla con su deber de regular esta materia deben estimarse subsistentes los derechos de los pensionistas que lo eran con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de aquella Disposición legal, hasta tanto no se produzca aquella modulación que por vía reglamentaria se previó podía llevarse a cabo.

TERCERO Aunque la recurrente no lo articula formalmente como motivo independiente de casación si que contiene en su suplico una petición de que se declare la incompetencia del orden jurisdiccional social para conocer de esta materia y ello, aunque formalmente permitiera a la Sala no entrar a resolver sobre esta cuestión por defecto de formalización del recurso, dada su naturaleza de orden público procesal, merece una mínima consideración que pasa necesariamente por defender que la competencia para conocer de las pretensiones objeto de este procedimiento corresponde a este orden jurisdiccional, por venir referido a un problema real de Seguridad Social - art. 2.b y d) de la LPL - cual ha sido apreciado no solo por la sentencia de 13-10-2005 (Rec.- 2652/04) antes citada, sino por las

muchas dictadas sobre la materia cuales, entre otras la STS de 29-4-2004 (Rec.- 2/2003) dictada en Sala General, o la de 13-10-2005 (Rec.- 2652/04).

CUARTO A partir de la aplicación de aquella doctrina de la Sala a la cuestión aquí controvertida, se impone entender que la sentencia recurrida que reconoció aquellas prestaciones se acomoda a la buena doctrina y merece ser confirmada con la consiguiente desestimación del recurso interpuesto por la entidad recurrente que deberá igualmente ser condenada al pago de las costas del recurso de conformidad con lo previsto al efecto en el art. 233 de la LPL .

Por lo expuesto, en nombre de SM El Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

### FALLAMOS

Desestimamos el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por la representación de Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros y Reaseguros A Prima Fija contra la sentencia dictada el 19 de diciembre de 2003 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Navarra, en recurso de suplicación núm. 276/03, interpuesto contra la sentencia de fecha 28 de mayo de 2003, dictada por el Juzgado de lo Social núm. 3 de Pamplona, en autos núm. 78/03, seguidos a instancias de D<sup>a</sup> Marcelina y D<sup>a</sup> Milagros contra Previsión Sanitaria Nacional, Mutua Seguros y Reaseguros Mutua Navarra, Mutua Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales núm. 21 y Administración General del Estado sobre pensión viudedad. Confirmamos la sentencia recurrida en todos sus pronunciamientos. Se condena al recurrente al pago de las costas causadas en el presente recurso, así como a la pérdida del depósito constituido para recurrir; debiendo darse a las cantidades consignadas el destino legal.

Devuélvase las actuaciones al Órgano Jurisdiccional de procedencia, con la certificación y comunicación de esta resolución.

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

**PUBLICACIÓN.**-En el mismo día de la fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por el Excmo. Sr. Magistrado D. Gonzalo Moliner Tamborero hallándose celebrando Audiencia Pública la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de lo que como Secretario de la misma, certifico.

# FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

## - Seguridad en las Tecnologías de la Información y Comunicación.

**Lugar:** Universidad Internacional Menéndez Pelayo - Cuenca

**Fecha de celebración:** del 9 al 11 de octubre

**Organiza:** Daniel Terrón Santos. Profesor de Ciencias de la Seguridad, de la Universidad de Salamanca

**Tlfno.:** 969 22 13 27; 969 22 09 25

**Fax:** 969 22 07 39

**Más información:** [http://www.uimp.es/academicas\\_otroscentros.asp?sede=40](http://www.uimp.es/academicas_otroscentros.asp?sede=40)

## - Conferencia Internacional en seguridad de pacientes: Retos y Realidades en el Sistema Nacional de Salud

**Lugar:** Auditorio Padre Soler  
Universidad Carlos III  
Leganés

**Fecha:** 15-16 de noviembre de 2006

**Organiza:** Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS  
Ministerio de Sanidad y Consumo

**Más información:**  
<http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/inscripcion.html>

**Formulario de inscripción:**  
<http://congrega.fund.uc3m.es/seguridadPacientes/registration.asp?lang=es>

---

- **Comunicación interpersonal en la práctica clínica**

**Lugar:** Instituto de Salud Carlos III

**Duración:** 25 horas, en horario de mañana.

**Fecha:** 19/11/2007-23/11/2007

**Más información** [www.isciii.es](http://www.isciii.es)

- **Acoso Moral en el Trabajo. Concepto, prevención, tutela procesal y reparación de daños**

Esta obra tiene por objeto analizar, desde las diferentes perspectivas, la problemática planteada por el acoso moral en el trabajo. La finalidad es ofrecer respuestas adecuadas al conjunto de interrogantes que surgen a la hora de buscar cauces jurídicos para ofrecer una protección satisfactoria frente a este tipo de conductas.

**Autor:** Manuel Correa Carrasco

**Editorial:** Thomson - Aranzadi

**Páginas:** 272

**Precio:** 35 €

- **Régimen Disciplinario de los Funcionarios. Jurisprudencia del Tribunal Supremo.**

Partiendo de un estudio minucioso de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, se ponen de manifiesto las conductas, tanto de los funcionarios del Estado como de las CCAA, constitutivas de faltas muy graves, graves y leves.

**Autor:** Cesar Martínez Fagundez

**Editorial:** Thomson- Cívitas

**Páginas:** 412

**Precio:** 55€

- **Código de Legislación Farmacéutica Española**

Esta primera edición del Código de Legislación Farmacéutica Española ha sido preparada con la intención de presentar una recopilación sistemática, global y actualizada de todas las normas que integran el ordenamiento jurídico-farmacéutico.

***Autores:*** Idoya Calvo Alonso y Luis Serrato Martínez

***Editorial:*** Thomson -Cívitas

***Páginas:*** 3.114

***Precio:*** 185 €