



Gerencia de Coordinación e Inspección
Servicio de Coordinación Regional de Asesorías Jurídicas

Nº 106 NOVIEMBRE 2013

Comité Editorial:

Vicente Lomas Hernández

Alberto Cuadrado Gómez

S U M A R I O

ACTUALIDAD JURÍDICA

1. LEGISLACIÓN

COMUNITARIA:



Decisión 2013/1082/UE, de 22 de octubre.
Amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión núm. 2119/98/CE.

[10](#)



Decisión de Ejecución de la Comisión, de 22 de noviembre de 2013, relativa a la creación del Consorcio de Infraestructuras de Investigación sobre Biobancos y Recursos Biomoleculares (BBMRI-ERIC) como Consorcio de Infraestructuras de Investigación Europeas.

[10](#)

ESTATAL:



Real Decreto 870/2013, de 8 de noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web, de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica.

[10](#)



Orden SSI/2076/2013, de 28 de octubre, por la que se crea la sede electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

[10](#)

S U M A R I O

AUTONÓMICA:

Cataluña.

-  Decreto 256/2013, de 26 de noviembre, por el que se crea el Registro de profesionales sanitarios de Cataluña y se establecen los criterios generales y requisitos mínimos de los registros públicos de profesionales sanitarios en el ámbito de Cataluña. [10](#)
-  Acuerdo GOV 150/2013, por el que se modifica los apartados 2 y 3 del Acuerdo GOV/215/2010, de 16-11-2010, que aprueba el Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones. [11](#)

Murcia.

-  Resolución de 11 de octubre de 2013 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se crea un grupo de trabajo para la gestión ambiental en los centros sanitarios del Servicio Murciano de Salud. [11](#)
-  Resolución de 25 de octubre de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud, por la que se establece el procedimiento para la aplicación, en el ámbito de actuación del Servicio Murciano de Salud, del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1.192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. [11](#)

Galicia.

-  Decreto 164/2013, de 24 de octubre, por el que se modifica el Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica. [11](#)
-  Resolución de 5 de noviembre de 2013, de la Dirección General de Recursos Humanos, sobre integración en el régimen estatutario de determinado personal al servicio de las instituciones sanitarias del Sistema público de salud de Galicia. [11](#)

S U M A R I O

-  Resolución de 12 de noviembre de 2013, de la Gerencia del Servicio Gallego de Salud, por la que se crea el Área de Servicio Compartido de Cirugía Pediátrica para el sur de Galicia. [12](#)

Aragón.

-  Orden de 31 de octubre de 2013, del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las ayudas económicas sobre la prestación ortoprotésica. [12](#)

-  Orden de 28 de octubre de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por el que se regula el procedimiento necesario para la prestación de asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a personas empadronadas en Aragón, que no tengan la condición de aseguradas ni beneficiarias del Sistema Nacional de Salud. [12](#)

-  Resolución de 21 de octubre de 2013, de la Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Bilateral de Cooperación Aragón-Estado en relación con el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. [12](#)

La Rioja.

-  Decreto 39/2013, de 31 de octubre, por el que se modifica el Decreto 18/2004, de 5 de marzo, por el que se establecen las condiciones higiénico-sanitarias que deben cumplir los establecimientos no sanitarios en los que se realizan prácticas de tatuaje, micropigmentación o perforación cutánea (piercing). [12](#)

Extremadura.

-  Decreto 216/2013, de 12 de noviembre, por el que se modifica el Decreto 88/2002, de 25 de junio, por el que se regula la composición, funcionamiento y organización del Consejo Extremeño de Salud. [13](#)

Asturias.

-  Resolución de 6 de noviembre de 2013, de la Consejería de Sanidad, sobre el cómputo de la jornada complementaria del personal en formación especializada y de los módulos de atención continuada por exención de guardias médicas. [13](#)

S U M A R I O

-  Resolución de 18 de noviembre de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se modifica la Resolución de 7 de junio de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se regula la composición y régimen de funcionamiento de la Comisión de Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. 13

Madrid.

-  Orden 1017/2013, de 22 de noviembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se adscribe a la Gerencia del Hospital Universitario “La Paz” las competencias, funciones y servicios del Hospital “Carlos III”, para su configuración como hospital de media estancia. 13

Canarias.

-  Decreto 113/2013, de 15 de noviembre, de evaluación médica del personal del sector público de la Comunidad Autónoma de Canarias. 14

Cantabria.

-  Decreto 71/2013, de 14 de noviembre, por el que se modifica la Estructura Básica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 14

País Vasco.

-  Decreto 447/2013, de 19 de noviembre, por el que se regulan las ayudas destinadas a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos prescritos por personal del Sistema Sanitario de Euskadi. 14

-  Orden de 12 de noviembre de 2013, del Consejero de Salud, por la que se regulan los requisitos técnicos aplicables a los centros y servicios sanitarios en los que se realicen actividades quirúrgicas y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos invasivos sin internamiento. 14

Castilla La Mancha.

-  Orden de 14 de Noviembre de 2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, del régimen de funcionamiento y estructura de las plantillas orgánicas del Servicio de Salud de Castilla-Mancha. 14

S U M A R I O

2. CUESTIONES DE INTERÉS

LA DISPOSICIÓN DEL MES:

- ☞ Entrada en vigor de la Directiva 2011/24/UE. [15](#)

SENTENCIA PARA DEBATE:

- ☞ Las medidas de ahorro prevalecen sobre la libertad de prescripción del facultativo. STSJ de Madrid. [18](#)

RECURSOS HUMANOS:

- ☞ No cabe computar a efectos de carrera profesional el período de formación para la obtención del título de especialista en ciencias de la salud. STS. [21](#)
- ☞ Guardias localizadas y descanso. STSJ DE C-LM [21](#)
- ☞ No valoración de la antigüedad por servicios prestados en la sanidad militar. Sentencia del TSJ de Castilla y León [21](#)
- ☞ El Gerente cesado tiene derecho a la reserva del puesto que desempeñaba con anterioridad a su nombramiento directivo. STSJ de Asturias. [22](#)

DERECHO LABORAL

- ☞ Cambio de turno por motivos familiares. STS de 25 de marzo. [22](#)
- ☞ Libertad sindical y seguridad de las comunicaciones. STSJ de Madrid. [23](#)
- ☞ No es accidente “*in itinere*” el sufrido con autorización empresarial para ir a una consulta médica. STS [23](#)

S U M A R I O

CONTRATACIÓN PÚBLICA

- ☞ Posibilidad de que en un acuerdo marco con varios empresarios en el que todos los términos de los contratos derivados estén fijados previamente, se pueda prever un procedimiento de adjudicación de los mismos que no exija consulta a todas las empresas. Informe 10/2013 de la JCCA de Aragón. [24](#)
- ☞ La doctrina “*in house providing*” no resulta de aplicación al acuerdo adoptado entre varios municipios para la prestación del servicio de limpieza. STJUE [25](#)
- ☞ Secreto de las proposiciones y la inclusión indebida de la documentación en los diversos sobres que deben presentar los licitadores. Informe 12/2013, de 22 de mayo de la JCCA de Aragón. [26](#)

RESPONSABILIDAD SANITARIA

- ☞ Pérdida de oportunidad e interrupción voluntaria del embarazo. STSJ de Extremadura [27](#)
- ☞ Daños por vacunación. STSJ de Galicia [27](#)

PROFESIONES SANITARIAS.

- ☞ La Prescripción enfermera. STSJ de Baleares. [28](#)
- ☞ Proposición no de Ley relativa a la formación de los profesionales sanitarios y la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud presentada por el Grupo Parlamentario Popular. [28](#)
- ☞ Normativa aplicable a profesional sanitario que ejerce forma ocasional en otro Estado miembro de la UE. [29](#)

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

- ☞ Derecho a conocer los protocolos de actuación existentes en el hospital. JC-A Barcelona. [29](#)

S U M A R I O

INTIMIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

- ☛ Utilización de historias clínicas en proceso de divorcio. SAPMadrid [30](#)

SALUD LABORAL.

- ☛ Responsabilidad del hospital por accidente laboral. STSJ de C-León. [31](#)

REINTEGRO DE GASTOS

- ☛ Denegación de reintegro por falta de urgencia vital. Sentencia del TSJ del País Vasco [31](#)
- ☛ El INSS debe reintegrar gastos sanitarios por accidente laboral en los casos de responsabilidad empresarial e insolvencia de ésta. STSJ de Andalucía [32](#)

PRESTACIONES SANITARIAS

- ☛ Muface debe facilitar a sus asegurados las prestaciones sanitarias incluidas en la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma de residencia. STSJ de Madrid [33](#)

S U M A R I O

3. NOTICIAS DE INTERES

- ☞ Cuando un médico privado fallece, sus herederos tienen obligación de conservar las historias clínicas. [34](#)
- ☞ España, capital del 'turismo reproductivo' en Europa. [34](#)
- ☞ El miedo a la humillación frena la consulta al CEA. [34](#)
- ☞ Reconocer y transmitir los errores propios. [34](#)
- ☞ La OMC, preocupada por los criterios éticos internacionales en la investigación con seres humanos. [34](#)
- ☞ El médico no vacunado debe indemnizar si contagia al paciente. [35](#)
- ☞ Competencia se opone a la colegiación obligatoria de los médicos de la pública. [35](#)
- ☞ Las víctimas de la talidomida, contentas con la sentencia. [35](#)
- ☞ "En la atención a 'sin papeles' las soluciones extremas lesionan valores". [35](#)
- ☞ Ollero: "La objeción de conciencia no puede verse limitada por la voluntad del paciente". [35](#)

4. FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

-  Neurociencias y Derecho penal. [36](#)
- ☞ Jornada sobre Derecho a la Salud: ¿realidad o mito?. [36](#)

S U M A R I O

BIOÉTICA y SANIDAD

1. CUESTIONES DE INTERÉS

- ☞ Respuestas a las preguntas más comunes sobre el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, que establece los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los Biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos. [37](#)
- ☞ Informe del Comité de Bioética de España sobre el Proyecto de Real Decreto de ensayos clínicos. Madrid, 23 de julio de 2013. [38](#)
- ☞ Retos éticos en la atención a la violencia de género desde la atención primaria de la salud. Grupo de violencia de género y atención primaria de la sociedad catalana de medicina familiar y comunitaria. Grupo de ética de la sociedad catalana de medicina familiar y comunitaria. Barcelona, primavera de 2013 [39](#)
- ☞ Continuidad de las innovaciones tecnológicas: El reto de las intervenciones biomédicas de mejora humana. Isegoría. Revista de filosofía moral y política. Francisco Javier López Frías. [40](#)

2. FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

-  Voces de bioética y excelencia. [41](#)
-  Código de ética de enfermería en Cataluña. [41](#)
- ☞ Iniciación a la Ética y Deontología Médica. [41](#)
- ☞ Adolescencia y salud mental: Una perspectiva multidisciplinar. [41](#)

LEGISLACIÓN

LEGISLACIÓN COMUNITARIA

- Decisión 2013/1082/UE, de 22 de octubre.
Amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión núm. 2119/98/CE
 - o D.O.U.E . num 293 de 05 de noviembre de 2013.
- Decisión de Ejecución de la Comisión, de 22 de noviembre de 2013, relativa a la creación del Consorcio de Infraestructuras de Investigación sobre Biobancos y Recursos Biomoleculares (BBMRI-ERIC) como Consorcio de Infraestructuras de Investigación Europeas.
 - o D.O.U.E . num 320 de 30 de noviembre de 2013.

LEGISLACIÓN ESTATAL

- Real Decreto 870/2013, de 8 de noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web, de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica.
 - o B.O.E. num 269 de 09 de noviembre de 2013.
- Orden SSI/2076/2013, de 28 de octubre, por la que se crea la sede electrónica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 - o B.O.E. num 272 de 13 de noviembre de 2013.

LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

Cataluña.

- Decreto 256/2013, de 26 de noviembre, por el que se crea el Registro de profesionales sanitarios de Cataluña y se establecen los criterios generales y requisitos mínimos de los registros públicos de profesionales sanitarios en el ámbito de Cataluña.
 - o D.O.G.C núm. 6511, de 28 de noviembre de 2013.

- Acuerdo del GOV 150/2013, por el que se modifica los apartados 2 y 3 del Acuerdo GOV/215/2010, de 16-11-2010 (LCAT 2010\759), que aprueba el Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones.
 - o D.O.G.C núm. 6492, de 31 de octubre de 2013.

Murcia.

- Resolución de 11 de octubre de 2013 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud , por la que se crea un grupo de trabajo para la gestión ambiental en los centros sanitarios del Servicio Murciano de Salud.
 - o B.O.R.M núm. 258, de 07 de noviembre de 2013.
- Resolución de 25 de octubre de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud, por la que se establece el procedimiento para la aplicación, en el ámbito de actuación del Servicio Murciano de Salud, del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1.192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
 - o B.O.R.M núm. 260, de 09 de noviembre de 2013.

Galicia.

- Decreto 164/2013, de 24 de octubre, por el que se modifica el Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica.
 - o D.O.G núm. 213, de 07 de noviembre de 2013.
- Resolución de 5 de noviembre de 2013, de la Dirección General de Recursos Humanos, sobre integración en el régimen estatutario de determinado personal al servicio de las instituciones sanitarias del Sistema público de salud de Galicia
 - o D.O.G núm. 215, de 11 de noviembre de 2013.

- Resolución de 12 de noviembre de 2013, de la Gerencia del Servicio Gallego de Salud, por la que se crea el Área de Servicio Compartido de Cirugía Pediátrica para el sur de Galicia
 - o D.O.G núm. 219, de 15 de noviembre de 2013.

Aragón.

- Orden de 31 de octubre de 2013, del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las ayudas económicas sobre la prestación ortoprotésica.
 - o B.O.A núm. 225 , de 14 de noviembre de 2013
- Orden de 28 de octubre de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por el que se regula el procedimiento necesario para la prestación de asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a personas empadronadas en Aragón, que no tengan la condición de aseguradas ni beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.
 - o B.O.A núm. 231 , de 22 de noviembre de 2013
- Resolución de 21 de octubre de 2013, de la Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Bilateral de Cooperación Aragón-Estado en relación con el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones
 - o B.O.E núm. 268 , de 08 de noviembre de 2013

La Rioja.

- Decreto 39/2013, de 31 de octubre, por el que se modifica el Decreto 18/2004, de 5 de marzo, por el que se establecen las condiciones higiénico-sanitarias que deben cumplir los establecimientos no sanitarios en los que se realizan prácticas de tatuaje, micropigmentación o perforación cutánea (piercing).
 - o B.O.R núm. 140 de 08 de noviembre de 2013

Extremadura.

- Decreto 216/2013, de 12 de noviembre, por el que se modifica el Decreto 88/2002, de 25 de junio, por el que se regula la composición, funcionamiento y organización del Consejo Extremeño de Salud.
 - o D.O.E núm. 223 de 19 de noviembre de 2013

Asturias.

- Resolución de 6 de noviembre de 2013, de la Consejería de Sanidad, sobre el cómputo de la jornada complementaria del personal en formación especializada y de los módulos de atención continuada por exención de guardias médicas.
 - o B.O.P.A núm. 264 de 14 de noviembre de 2013
- Resolución de 18 de noviembre de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se modifica la Resolución de 7 de junio de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se regula la composición y régimen de funcionamiento de la Comisión de Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.
 - o B.O.P.A núm. 271 de 22 de noviembre de 2013

Madrid.

- Orden 1017/2013, de 22 de noviembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se adscribe a la Gerencia del Hospital Universitario “La Paz” las competencias, funciones y servicios del Hospital “Carlos III”, para su configuración como hospital de media estancia.
 - o D.O.C.M núm. 280, de 25 de noviembre de 2013

Canarias.

- Decreto 113/2013, de 15 de noviembre, de evaluación médica del personal del sector público de la Comunidad Autónoma de Canarias.

- o D.O.C. núm. 227 de 25 de noviembre de 2013

Cantabria.

- Decreto 71/2013, de 14 de noviembre, por el que se modifica la Estructura Básica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

- o B.O.C. núm. 225 de 22 de noviembre de 2013

País Vasco.

- Decreto 447/2013, de 19 de noviembre, por el que se regulan las ayudas destinadas a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos prescritos por personal del Sistema Sanitario de Euskadi.

- o B.O.P.V. núm. 227 de 28 de noviembre de 2013

- Orden de 12 de noviembre de 2013, del Consejero de Salud, por la que se regulan los requisitos técnicos aplicables a los centros y servicios sanitarios en los que se realicen actividades quirúrgicas y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos invasivos sin internamiento.

- o B.O.P.V. núm. 223 de 22 de noviembre de 2013

Castilla La Mancha.

- Orden de 14 de Noviembre de 2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, del régimen de funcionamiento y estructura de las plantillas orgánicas del Servicio de Salud de Castilla-Mancha.

- o D.O.C.M. núm. 231 de 28 de noviembre de 2013

CUESTIONES DE INTERÉS

LA DISPOSICIÓN DEL MES.

- Entrada en vigor de la Directiva 2011/24/UE.

El 25 de octubre de 2013 entró en vigor la Directiva 2011/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, pendiente aún de trasposición en su totalidad, lo que, por otra parte, no empaña su aplicación efectiva pues cabría defender la extensión de sus efectos jurídicos en virtud de la doctrina de la “eficacia directa vertical”, por la que se impone al juez nacional la aplicación de aquéllas disposiciones de la Directiva cuyo contenido sea preciso e incondicional.

Los ciudadanos comunitarios podrán acceder a las prestaciones sanitarias en el territorio de cualquier Estado miembro de la Unión Europea a través de dos vías: a)- La vía que representa el Reglamento comunitario (CEE) 1408/1971 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, derogada con salvedades por art.90 Rgto. 883/2004 de 29 abril 2004. b) La vía que resulta de la aplicación directa del Tratado de la UE y que ha cristalizado en la Directiva comunitaria sobre asistencia sanitaria transfronteriza.

Así pues, y este es un aspecto muy relevante, de una parte existiría el cauce normativo representado por las disposiciones comunitarias sobre coordinación en materia de S.S., y de otra, las libertades de circulación de personas y servicios (artículos 45, 49 y 56 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea). Esta coexistencia de modelos enturbia notablemente el régimen jurídico de accesos a las prestaciones sanitarias en el ámbito de la UE, sobre todo porque lejos de la declaración inicial de intenciones que recoge la Directiva en su art. 1, lo cierto y verdad es que **no clarifica en absoluto las relaciones entre ambos modelos, limitándose a señalar que será el paciente el que en última instancia decida cuál de estas vías desea seguir para acceder a las prestaciones sanitarias.**

La Directiva comporta importantes obligaciones, tanto desde la óptica del Estado de destino -donde se lleva a cabo el tratamiento-, como desde la perspectiva del Estado de origen, teniendo en cuenta que en nuestro país, debido a la descentralización territorial de las competencias en materia sanitaria, buena parte de las cuestiones recogidas en la Directiva afectan directamente a la esfera competencial de las distintas CCAA.

Desde la perspectiva del Estado miembro de afiliación o Estado en el que se ostenta la condición de asegurado- es decir, cuando ciudadanos nuestros opten por recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro de la UE- las responsabilidades que tienen que asumir las administraciones sanitarias de nuestro país pivotan fundamentalmente en torno a:

1.- El reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza.

2.- La información que se debe facilitar a los pacientes para que éstos puedan conocer cuáles son sus derechos y, en su caso, reclamar y pedir su reparación.

Sin embargo también se añaden otras obligaciones que guardan mayor relación con el tratamiento médico recibido por razón de su patología, como garantizar en aquellos casos en los que resulta necesario un seguimiento médico particular que *“esté disponible el mismo seguimiento médico que si dicha asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio”*, o que los pacientes *“tengan acceso remoto a su historial médico”*.

Desde la óptica del Estado miembro de tratamiento:

1.- Obligación de prestar asistencia sanitaria.

La Directiva, fiel a su objetivo de respetar la libertad de organización y funcionamiento de los respectivos sistemas sanitarios nacionales, admite la facultad que asiste a los Estados miembros de rechazar la prestación de asistencia sanitaria a pacientes de otros Estados cuando se produzca una gran demanda de servicios hasta el punto de colapsar el funcionamiento del sistema, o bien cuando suponga un tratamiento discriminatorio respecto del resto de pacientes incluidos en lista de espera.

2.- Información, tanto asistencial (opciones de tratamiento) como no sanitaria (información relacionada con calidad y seguridad hospitalaria, información sobre precios, cobertura de su seguro...) a través de los puntos nacionales de contacto para la asistencia sanitaria transfronteriza (art. 8) y en el idioma/s que determinen los Estados miembros.

3.- Responsabilidad por daños derivados de la prestación sanitaria. Se debe disponer de mecanismos que permitan la presentación de reclamaciones así como sistemas de seguro de responsabilidad profesional.

4.- Intimidad y protección de datos sanitarios.

Una disposición normativa que, en determinados aspectos quizá se encuentre algo alejada de la realidad existente en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, como sería todo lo relativo a la adecuación del estado actual de las tecnologías de la información. A título de ejemplo, la Directiva va a suponer:

- a) La puesta en marcha de procesos mecanizados para gestionar desde las IISS los procesos de reembolso así como los de autorización previa para el desplazamiento a otro Estado de la UE.
- b) Promover el acceso electrónico a la documentación clínica por medio de los sistemas de información para posibilitar la continuidad del tratamiento de pacientes procedentes de otro Estado, pero también de los asegurados españoles que deseen recibir asistencia sanitaria en otro Estado.

Otras cuestiones que no pueden pasar inadvertidas son:

1.- Problemática a nivel normativo.

La normativa española, prevé el resarcimiento a los Servicios de Salud por la prestación de asistencia sanitaria a asegurados desplazados temporalmente a nuestro país con cargo al Fondo de Cohesión (Disposición Adicional quinta de la LCCSNS y art. 5 del RD 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.), pero siempre que la presencia de estos pacientes en nuestro país lo sea bien por aplicación de los reglamentos comunitarios en materia de seguridad social, o bien vía convenio.

Por tanto, habría que ponderar la modificación de nuestro derecho positivo (legislación estatal) para dar cabida también a los supuestos derivados de la movilidad de pacientes al amparo de la Directiva comunitaria.

2.- Problemática en relación con el derecho a la libre elección de médico y centro.

La Directiva consagra el reconocimiento formal a nivel comunitario de la libertad de elección de médico/centro, sea público o privado, siempre que éstos se encuentren radicados en el territorio de otro Estado miembro.

Por el contrario, si la elección se quisiera realizar en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, dicha libertad quedaría cercenada, y las opciones reducidas a elegir entre los profesionales sanitarios que prestan servicios en el respectivo Servicio de Salud y además dentro de la demarcación geográfica (Zona de Salud o Area de Salud) que se haya determinado por la normativa autonómica correspondiente.

En este sentido hay sentencias de Tribunales Superiores de Justicia que ya se han hecho eco de este desigual y difícil de explicar tratamiento normativo sobre el alcance de la libertad de elección de médico, como es el caso de la STSJ de Castilla y León, Burgos, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 660/2009 de 4 noviembre.

3.- Plazos para el procedimiento administrativo.

El establecimiento de las bases que deben inspirar los procedimientos administrativos específicos que sirvan para canalizar este tipo de pretensiones, y así, de este modo, dar cumplimiento al mandato contemplado en el artículo 9 de la Directiva, destacando la necesidad de que se fijen plazos para que se tramiten las solicitudes de asistencia sanitaria transfronteriza, lo que comporta la correlativa asunción de la obligación por parte de la Administración de cumplir debidamente el plazo máximo que se haya fijado para dictar y notificar la resolución administrativa, y en su caso, asumir los efectos que se derivan de la figura del silencio administrativo -positivo.

4.- Creación de unos puntos nacionales de contacto para facilitar a los pacientes toda la información que precisen.

Vicente Lomas Hernández.

Jefe de Servicio de Coordinación Regional de Asesorías Jurídicas,

Texto completo: <http://eur-lex.europa.eu>

SENTENCIA A DEBATE

- Las medidas de ahorro prevalecen sobre la libertad de prescripción del facultativo.

STSJ de Madrid, de 16 de mayo de 2013, nº 366/2013

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos impugna la Instrucción aprobada por el DG de Coordinación Territorial del Ministerio del Interior, dirigida a los Centros Penitenciarios, sobre prescripción de medicamentos, por considerar que dicha Instrucción vulnera los artículos 85 y 86 de la LGURM al permitir que se pueda sustituir un medicamento por otro de diferente composición y estructura química.

La referida Instrucción incorpora en su Anexo un programa de intercambio terapéutico de obligado cumplimiento en las Instituciones Penitenciarias, conforme al cual se prevé la sustitución por el farmacéutico del medicamento prescrito por el facultativo por otro medicamento equivalente terapéutico, regulando a tal un efecto un procedimiento en el que el médico podrá formular sus alegaciones caso en el que se oponga al criterio del farmacéutico.

Esta Instrucción se enmarca dentro de la política de racionalización del gasto público, y como señala la Sentencia, esa racionalización del gasto público debe primar sobre la libertad de prescripción médica en el ámbito de la sanidad pública, pues como señala la Sentencia dicha libertad *“se encuentra mediatizada cuando su actuación profesional se desarrolla en el ámbito público en el que han de cohonestarse los principios de racionalización del gasto público con la eficiencia del tratamiento”*.

Pero es que en este caso la Sala no aprecia que exista vulneración alguna de los preceptos legales antes citados pues el médico prescriptor debe ajustarse en todo caso a las previsiones recogidas en la Guía Farmacoterapéutica de IIPP, que recoge el catálogo de medicamentos que la Administración Sanitaria ha establecido, y frente a ella no puede primar la libertad de prescripción.

La STS de 18 de octubre de 1989- configuró la libertad de prescripción como una manifestación de la libertad de ejercicio de la profesión del art. 36 de la CE, amén de estar también reconocido por la OMC, tanto en el anterior Código de Deontología Médica - su art. 13 afirmaba que *“el médico prescribirá libremente la terapéutica que le dicte su ciencia y su conciencia”*-

Es decir, conforme a la doctrina del TS (entre otras STS de 29 de mayo de 2001), en ningún caso es posible ordenar cómo debe ejercer el médico su profesión al valorar si ha prescrito de forma idónea, porque la idoneidad o no del médico para prescribir, diagnosticar o fijar el tratamiento del enfermo constituye una esfera del contenido esencial de su derecho a ejercer libremente la profesión.

A su vez, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias reconoce expresamente el derecho que asiste a los profesionales sanitarios a ejercer sus respectivas profesiones con plena autonomía científica y técnica- derecho que cobijaría a la libertad de prescripción- hay que tener presente que la propia ley fija una serie de limitaciones para su ejercicio, como son las establecidas por la ley y en los principios y valores contenidos en el Ordenamiento Jurídico y deontológico.

¿Cabe por tanto, limitar el ejercicio de la libertad de prescripción médica invocando como principal argumento justificativo razones de naturaleza económica? ¿Se puede constreñir el ejercicio de esta libertad a través de los protocolos y guías farmacoterapéuticas?

El contexto normativo actual se muestra especialmente proclive a la adopción de medidas orientadas a la contención del gasto farmacéutico aun a costa de limitar la extensión de la libertad de prescripción médica, sobre todo tras la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, que incorpora un nuevo art. 85 bis a la LGURM, con el siguiente texto:

“Los órganos competentes de las comunidades autónomas dotarán a sus prescriptores de un sistema de prescripción electrónica común e interoperable en el que se incorporarán subsistemas de apoyo a la prescripción, tales como:

- *Nomenclátor de medicamentos en línea.*
- *Correspondencia entre principios activos, medicamentos disponibles y patologías en las que están indicados.*
- *Protocolos de tratamiento por patología recomendados desde las instituciones sanitarias y las sociedades médicas, con indicación de los estándares de elección y los beneficios esperados.*
- *Coste del tratamiento prescrito y alternativas de elección terapéutica según criterios de eficiencia.*
- *Base de datos de interacciones.*
- *Base de datos de ensayos clínicos en su provincia o comunidad autónoma.*
- *Información periódica en línea (autorización y retirada de medicamentos y productos sanitarios, alertas y comunicaciones de interés para la protección de la salud pública).*
- *Difusión de noticias sobre medicamentos que, sin ser alertas en sentido estricto, contribuyan a mejorar el nivel de salud de la población.*

2. Los sistemas de apoyo a la prescripción recogerán la información correspondiente a los precios seleccionados vía aportación reducida, de modo que el médico pueda tomar en consideración el impacto económico durante la prescripción de medicamentos y productos sanitarios.

La Comisión de Bioética de Galicia, en un informe de 23 de febrero de 2011, ya consideraba que no es éticamente admisible prescribir un medicamento equivalente de precio más elevado si no hay justificación razonable, pero también ponía de manifiesto el carácter verdaderamente polémico de la incentivación de la prescripción racional.

En términos similares se ha pronunciado el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, que en su comunicado de 25 de febrero de 2011 sobre las restricciones impuestas por algunas CCAA a los médicos en relación con el nº de medicamentos financiados que pueden recetar por principio activo, ponía especial énfasis en la necesidad de conjugar la referida libertad, prevista en el art. 20 del Código de Ética y Deontología Médica, con las exigencias propias del principio de eficiencia, que implica tener en cuenta los aspectos económicos de las decisiones médicas.

Más recientemente, la citada organización colegial ha destacado el importante papel que desempeñan los protocolos como herramientas destinadas a facilitar la prescripción facultativa y favorecer un uso racional de los medicamentos a través del uso de equivalentes terapéuticos, aunque a veces su articulación práctica desde el punto de vista del suministro de medicamentos a las farmacias hospitalarias pueda plantear algunos problemas. En este sentido cabría citar la STSJ de Madrid de 26 de enero de 2011 pueden dificultar la implantación efectiva de este tipo de medidas, que en el Fundamento Jurídico Cuarto establece *"En el caso debatido, el Pliego de Prescripciones Técnicas en 16 de los 63 lotes especificaba expresamente "Debe ser Especialidad Farmacéutica Genérica", excluyendo, por tanto, de la posibilidad de licitar a los laboratorios cuyos medicamentos no tuvieran la condición de medicamentos genéricos y en el lote nº 26 se recogía "Preferiblemente Especialidad Farmacéutica Genérica", con lo que se primaba a aquellos licitadores que ofertaran medicamentos genéricos sobre aquellos que no lo son, por lo que es evidente, tal y como sostiene el Juzgador de la Instancia que se restringe la libre concurrencia en materia contractual a prohibir concurrir a la licitación a determinadas empresas oferentes de medicamentos, por el solo hecho de no ser genéricos, debiendo señalar que mientras estén autorizadas las especialidades farmacéuticas, no existe razón alguna para que las empresas titulares de dichas especialidades farmacéuticas no puedan concurrir a estos contratos, en términos de igualdad con aquellas otras que ofrecen medicamentos genéricos".*

Por otra parte, cabría plantearse si con este mismo argumento -la primacía de los principios de racionalización del gasto público- se podría imponer la prescripción de medicamentos para su uso fuera de ficha técnica por considerar que tales medicamentos son mucho más económicos que los que han sido expresamente autorizados por la AEMPS para el tratamiento de las patologías, y presentan idéntica eficacia terapéutica.

Vicente Lomas Hernández.

Jefe de Servicio de Coordinación Regional de Asesorías Jurídicas

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

RECURSOS HUMANOS:

- **No cabe computar a efectos de carrera profesional el período de formación para la obtención del título de especialista en ciencias de la salud.**

STS DE 18 de febrero de 2013, REC 4842/2011

La STS avala que la carrera profesional esté circunscrita al personal estatutario fijo, y excluye que el período de formación para la obtención del título de especialista en ciencias de la salud deba ser tenido en cuenta a efectos del desarrollo profesional como personal estatutario, *“ya que no implica propiamente una actividad asistencial y aquél se dirige a quienes la llevan a cabo de forma plena según su titulación y el puesto que desempeñen”*.

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

- **Guardias localizadas y descanso.**

STSJ DE C-LM DE 14 de enero de 2013, Nº 27/2013

En las guardias localizadas por el sistema de alerta rápida en el ámbito de la sanidad alimentaria, en los casos en que en dichas guardias se realicen trabajos efectivos la Administración debe garantizar al personal que realice servicios efectivos durante dicha guardia el derecho a disfrutar de los períodos mínimos de descanso a que se refiere la Directiva 1993/104, es decir, a un período mínimo de descanso de 11 horas consecutivas entre la última prestación efectiva de servicios durante las guardias localizadas y el inicio de la siguiente prestación de servicios en jornada ordinaria.

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

- **No valoración de la antigüedad por servicios prestados en la sanidad militar.**

Sentencia del TSJ de Castilla y León de 18 de marzo de 2013. Nº 443/2013

La cuestión suscitada consiste en determinar si a los efectos de reconocimiento de la carrera profesional los servicios prestados en la red de la sanidad militar pueden entenderse comprendidos en los regímenes de prestación de servicios del personal estatutario del SNS.

La Convocatoria efectuada mediante Resolución en el año 2009, incorpora la previsión contenida en una de las disposiciones transitorias del Decreto 43/2009, y establece que podrán solicitar el acceso a la carrera profesional el personal estatutario fijo y el personal sanitario funcionario de carrera dependiente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, que acredite el cumplimiento de una serie de requisitos, entre los que se encuentra

acreditar una determinada antigüedad por haber prestado servicios como personal estatutario/funcionario en el Sistema Nacional de Salud.

El recurrente no cumple el requisito de antigüedad ya que el personal que presta servicios en la red sanitaria militar no puede entenderse integrado en los servicios pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.

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

- **El Gerente cesado tiene derecho a la reserva del puesto que desempeñaba con anterioridad a su nombramiento directivo.**

STSJ de Asturias de 22 de abril de 2013, nº 99104/2013.

El Coordinador de Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital General de Asturias es nombrado Director Médico de dicho establecimiento hospitalario. Posteriormente es cesado y se le asigna al puesto de jefe de sección de cardiología. Se discute si tiene o no derecho a la reserva de plaza, en concreto a la plaza de coordinador antes referida.

La Sala considera, a tenor de lo previsto en el artículo 64 del EM, que procede reconocer el derecho del facultativo a retornar al puesto de trabajo del que procedía, sin que se pueda oponer que la citada plaza había sido amortizada como consecuencia de la modificación sustancial operada en la estructura orgánica del SESPA, ya que la propia Administración viene a reconocer que las funciones de lo antiguos “Coordinadores de Área” son sustancialmente las mismas que las de los “Directores de Área”.

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

DERECHO LABORAL

- **Cambio de turno por motivos familiares.**

STS de 25 de marzo de 2013, Sala de lo Social, rec. 957/2012

La Sentencia analiza el caso de un trabajador que, prestando servicios en turno rotatorio de mañana y tarde, solicita que los miércoles sean siempre de turno de mañana, a fin de poder estar con su hija menor ese día de la semana en virtud del régimen de visitas fijado por resolución de un juzgado de primera instancia.

La pretensión fue desestimada por el Juzgado de lo Social nº 5 de Las Palmas de Gran Canaria pero, recurrida en suplicación, la Sala de lo Social del TSJ de Canarias/Las Palmas, al acoger favorablemente el recurso interpuesto por el propio actor, la estimó con el argumento principal de que, ponderando los intereses en juego, le parecía razonable privilegiar la conciliación de la vida familiar con base en el artículo 34.8 del Estatuto de los Trabajadores (ET), pues, de no hacerse así, quedaría vacía de contenido esa disposición legal y la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de hombres y mujeres, ya que al

no contemplarse en el Convenio Colectivo de aplicación el derecho postulado, sería preciso llegar a un acuerdo con el empresario que, de no darse, como es el caso, desactivaría el espíritu y la letra de la mencionada Ley Orgánica y de la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

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

- **Libertad sindical y seguridad de las comunicaciones.**

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 1 de febrero de 2013

El TSJ de Madrid desestima las alegaciones del sindicato CGT sobre la existencia de una vulneración del derecho a la libertad sindical por el hecho de que la empresa lleve a cabo todas sus transmisiones de información a una cuenta de correo corporativa habilitada a tal fin, en lugar de enviarla a la dirección de correo electrónico del sindicato, conforme se había venido haciendo hasta ese momento.

El Tribunal entiende que no se ve vulnerada la libertad sindical porque la habilitación de una cuenta específica deriva de la necesidad de garantizar la seguridad de la transmisión de información confidencial de la empresa a las distintas secciones, así como por los fallos técnicos que causaban las cuentas utilizadas anteriormente. Asimismo, el Tribunal considera que la habilitación de una cuenta de correo corporativa para recibir la información y comunicaciones de la empresa no afecta en modo alguno a la comunicación entre las secciones sindicales y los trabajadores de la empresa y valora el hecho de que sólo la sección sindical tiene acceso a su respectiva cuenta de correo por tener claves secretas a las que no puede acceder la empresa.

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

- **No es accidente in itinere el sufrido con autorización empresarial para ir a una consulta médica.**

STS DE 15 de abril de 2013, REC 1847/2012.

Trabajadora que, con la autorización de la empresa, se desplaza al centro de salud para acudir a una consulta médica. Durante el trayecto sufre una caída, es trasladada al centro de la Mutua de AT/EP. Se le declara en situación de IT derivada de ANL/EC.

La trabajadora impugna la resolución del INSS y la Sala de suplicación estima el recurso por entender que el suceso tiene encaje en el supuesto previsto en el art. 115.1 del TRLGSS.

El TS discrepa por considerar que en el caso del accidente de trabajo in itinere lo esencial es ir o volver del lugar de trabajo, mientras que en este caso estamos ante una diligencia de carácter privado (asistencia a una consulta médica), sin relación alguna con el trabajo, y por tanto no cabe la calificación de accidente laboral in itinere.

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

CONTRATACIÓN PÚBLICA

- Posibilidad de que en un acuerdo marco con varios empresarios en el que todos los términos de los contratos derivados estén fijados previamente, se pueda prever un procedimiento de adjudicación de los mismos que no exija consulta a todas las empresas.

Informe 10/2013, de 10 de abril de la JCCA de Aragón.

El art. 198 del TRLCSP distingue dos modalidades de contratos derivados de acuerdos marco y sus diferentes consecuencias:

1.- Si el acuerdo marco ha concretado las obligaciones futuras de manera completa, los contratos derivados se considerarán una ejecución de los términos pactados, y el si el acuerdo marco se celebró con varios empresarios no será necesaria una nueva licitación con ellos.

2.- Si el acuerdo marco no definió de forma completa esas obligaciones, si existe un único empresario se podrá consultar con él a los efectos de que complete la oferta, y si son varios los empresarios del acuerdo marco se procederá a una licitación convocando a los empresarios a tal efecto.

La JCCA del Estado en su informe 43/2008 ya dejó dicho que en tales casos será discrecional para el órgano de contratación destinatario de la prestación de servicios en que consista el contrato elegir entre cualquiera de las seleccionadas.

En el caso objeto de consulta a la Junta aragonesa, éste órgano consultivo entiende que es perfectamente posible acordar la adjudicación directa a una de las empresas seleccionadas de acuerdo con un turno rotatorio en el que participarían todas las empresas que forman parte del acuerdo marco, ya que se muestra respetuoso con los principios de publicidad, objetividad, transparencia y no discriminación.

Texto completo: www.aragon.es

- **La doctrina “in house providing” no resulta de aplicación al acuerdo adoptado entre varios municipios para la prestación del servicio de limpieza.**

Sentencia del Tribunal de Justicia - 13 de junio de 2013, Asunto C-386/11Piepenbrock.

En el supuesto sometido a la consideración del TJUE, una asociación de municipios alemanes encarga a uno de los municipios que forma parte de la misma, la competencia de limpieza de varios locales titularidad de aquella asociación, para lo cual se autoriza al municipio a recurrir a terceros, reservándose en todo caso la asociación el derecho de resolver unilateralmente el contrato en caso de ejecución defectuosa. Recurrido el contrato por una empresa -que venía prestando hasta entonces el servicio de limpieza-, ante un Tribunal alemán, éste presenta una cuestión prejudicial ante el TJUE, siendo las dudas planteadas sobre la naturaleza del contrato contestadas por el tribunal europeo, en el siguiente sentido:

- a) No se trata de una encomienda de gestión, excluida de la aplicación de la normativa de la contratación pública, por no cumplirse ninguno de los criterios Teckal, toda vez que ninguna entidad controla a la otra. Además, la asociación que encomienda la ejecución de la tarea al municipio, aunque se reserve el derecho de controlar la ejecución correcta de esa tarea, no ejerce sobre el mismo un control que pueda calificarse como análogo al que ejerce sobre sus propios servicios. Finalmente, el municipio no realiza la parte esencial de sus actividades para la Asociación. (considerandos 33 y 34).
- b) No se trata de un acuerdo de cooperación entre entidades públicas, excluidos igualmente de la aplicación de la normativa de la contratación pública, por que tal acuerdo exige, de modo acumulativo, que tales contratos hayan sido celebrados exclusivamente por entidades públicas sin la participación de una empresa privada, no se favorezca a ningún prestador privado respecto a sus competidores, y la cooperación que establezcan sólo se rija por consideraciones y exigencias características de la persecución de objetivos de interés público. Apareciendo el TJUE que en el supuesto sometido a su jurisdicción, el contrato primigenio asociación-municipio no parece tener por objeto el establecimiento de una cooperación entre las dos entidades públicas contratantes dirigida a la realización de una misión de servicio público común y, además dicho contrato autoriza a recurrir a un tercero para la ejecución de la tarea prevista por el mencionado contrato, de tal forma que ese tercero podría estar en una situación ventajosa respecto a las demás empresas que operan en el mismo mercado. (c. 36 a 40).
- c) Las actividades objeto del contrato se pueden enmarcar en la Directiva 2004/18 como servicios de limpieza (c.30).
- d) Un contrato debe considerarse celebrado como “contrato oneroso”, en el sentido del artículo 1, apartado 2, letra a), de la Directiva 2004/18, aunque su retribución se limite al reembolso de los gastos soportados por la prestación del servicio pactado. (c. 31).

Las consideraciones anteriores llevan a la siguiente conclusión del TJUE “*Un contrato como el controvertido en el litigio principal, mediante el cual, sin establecer una cooperación entre las entidades públicas contratantes dirigida a la realización de una misión de servicio público común, una entidad pública encomienda a otra entidad pública la tarea de limpiar determinados edificios destinados a oficinas, locales administrativos y centros escolares, si bien la primera entidad se reserva la potestad de controlar que se lleva a cabo de manera correcta esta tarea, mediante una compensación económica que se considera debe corresponder a los costes incurridos por la ejecución de dicha tarea, estando además la segunda entidad autorizada a recurrir a terceros que pueden tener capacidad de operar en el mercado para la ejecución de la mencionada tarea, constituye un contrato público de servicios en el sentido del artículo 1, apartado 2, letra d), de la Directiva 2004/18/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, sobre coordinación de los procedimientos de adjudicación de los contratos públicos de obras, de suministro y de servicios.*

Texto completo: www.europa.ue

- **Secreto de las proposiciones y la inclusión indebida de la documentación en los diversos sobres que deben presentar los licitadores. Informe 12/2013, de 22 de mayo de la JCCA de Aragón.**

El informe analiza las consecuencias que tiene el incumplimiento de las exigencias relativas a la necesidad de presentar la documentación de los licitadores en sobres separados y mantener el secreto de las proposiciones hasta el momento que marca la Ley.

En síntesis:

- a) Exclusión de los licitadores que incluyeron información de sus ofertas (ya se trate de criterios sujetos a juicios de valor o evaluables mediante fórmulas) en el sobre relativo al cumplimiento de los requisitos previos.
- b) Exclusión para el supuesto de inclusión de información evaluable mediante fórmulas en el sobre correspondiente a la información sujeta a juicio de valor. Infracción del principio de igualdad de trato y no discriminación (art. 150.2).
- c) No exclusión de aquellos que incluyeron información del sobre evaluable automáticamente en el sobre referido a la información técnica no sujeta a evaluación mediante juicio de valor. La misma consecuencia para el caso en que el licitador haya presentado documentación que debía constar en el sobre de la oferta técnica no sujeta a valoración, en el sobre de los criterios sujetos a valoración automática.

La Junta , conforme ya hiciera en la Recomendación 1/2011, de 6 de abril, insta a que los pliegos contemplen adecuadamente las exigencias relativas al secreto y publicidad de las ofertas. No obstante conviene recordar que aunque los pliegos hayan previsto la exclusión de un licitador que no respete la distribución de documentación tratándose de un caso de irregularidad no invalidante, no procedería dicha exclusión (Resolución 95/2012 del TACR). En este sentido se viene considerando por los Tribunales Administrativos de Recursos Contractuales, que no se vulnera el secreto de las ofertas cuando la información que se ha desvelado de forma anticipada no es determinante de la valoración.

Texto completo: www.aragon.es

RESPONSABILIDAD SANITARIA.

- Pérdida de oportunidad e interrupción voluntaria del embarazo

STSJ de Extremadura, 444/2013, de 11 de abril.

Condena al Servicio Extremeño de Salud por pérdida de oportunidad por privar a los padres de la opción de interrupción voluntaria del embarazo. Las malformaciones y problemas de salud que padece el menor no son consecuencia de una mala praxis, sino que lo verdaderamente relevante a estos efectos es que no se hubieran determinado con suficiente antelación y en fase gestacional tales anomalías, lo que desembocó en el alumbramiento de un bebé al que se le ha diagnosticado Síndrome TAR.

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

- Daños por vacunación

STSJ de Galicia de 15 de mayo de 2013, nº 751/2013

Aparición del síndrome pos-polio tras la administración de la vacuna a la reclamante, lo que tuvo lugar en el año 1968 pese a lo cual no cabe apreciar la prescripción de la acción por tratarse de un daño continuado, no daño permanente.

El recurso es desestimado ya que no se encuentran elementos objetivos que conduzcan a la establecer que el origen del daño sea consecuencia directa y principal de un hecho como la administración de la vacuna, a lo que contribuye la escasa documentación clínica existente. En este sentido, la Sala recuerda que la Administración en aquella época no estaba obligada a conservar de forma permanente los documentos referidos a la campaña de vacunación, pero es que además tampoco cabe obviar la responsabilidad de los progenitores en su custodia y conservación, máxime cuando se afirma que al poco tiempo de haberle sido suministrada empezaron los padecimientos.

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

PROFESIONES SANITARIAS.

- La Prescripción enfermera.

STSJ de Baleares 12 de junio de 2013. Nº DE REC 558/2011.

Desestimación del recurso interpuesto por el Colegio Oficial de Enfermeros contra el Decreto autonómico 52/2011, por entender que conforme a las previsiones recogidas en el art. 77 de la LGURM, exige que el enfermero esté previamente habilitado para poder ejercer las funciones que le atribuye el Decreto en cuestión.

En concreto dicha disposición autonómica faculta a los enfermeros para que puedan usar e indicar medicamentos no sujetos a prescripción médica, y por tanto la Sala considera que el reglamento no colisiona con la legislación estatal, sin que por otra parte sea preciso que la regulación de las funciones de los enfermeros en este campo deba efectuarse por disposición con rango legal, citando a modo de ejemplo el Decreto andaluz 307/2009, de 21 de julio.

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

- Proposición no de Ley relativa a la formación de los profesionales sanitarios y la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Boletín Oficial de las Cortes Generales, de 28 de octubre de 2013.

La proposición no de ley presentada por el grupo parlamentario popular constituye una muestra más del interés mostrado por el Gobierno en la implantación de unidades de gestión clínica en los servicios de salud. Baste recordar las modificaciones realizadas por la Ley 10/2013, de 24 de julio en este sentido, a saber:

1.- Mandato del legislador para que el Gobierno proceda a la regulación reglamentaria de la gestión clínica, y el papel que están llamados a desempeñar en este modelo de gestión los profesionales sanitarios.

2.- La nueva situación administrativa de “servicios de gestión clínica” del personal estatutario.

La proposición no de ley insta al Gobierno y a las CCAA a que adopten medidas dirigidas a favorecer que los profesionales sanitarios cuenten con la formación en gestión de recursos necesaria para impulsar la eficiencia y promover la solvencia y sostenibilidad asistencial de Sistema Nacional de Salud.

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

- **Normativa aplicable a profesional sanitario que ejerce forma ocasional en otro Estado miembro de la UE.**

Sentencia del TJUE, de 12 de septiembre de 2013. Caso Konstantinides.

El Sr. Konstantinides se desplazó a Alemania entre 2006 y 2010 con una frecuencia media de uno o dos días al mes para practicar intervenciones quirúrgicas de andrología en un centro sanitario privado ubicado en el land de Hesse.

El Colegio de Médicos del Land de Hesse abrió una investigación que dio lugar a la incoación de un expediente disciplinario contra el médico por infracción del código de deontología médica, en concreto por no respetar las reglas para facturación por asistencia sanitaria, así como por realizar publicidad contraria a la ética médica.

El Sr. Konstantinides alega que ejerce su actividad profesional en Alemania de manera temporal y ocasional, de modo que no está sometido a las normas de deontología alemanas.

El órgano jurisdiccional alemán tiene serias dudas sobre si las previsiones contenidas en el Código de Deontología Médica del Land de Hesse están comprendidas dentro del campo de aplicación de la Directiva 2005/36, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

El Tribunal declara que la citada Directiva no prescribe ni las normas de conducta ni los procedimientos disciplinarios a los que puede estar sujeto un prestador que se desplace al territorio de otro Estado miembro para ejercer su profesión de manera temporal y ocasional. No obstante, corresponde al órgano jurisdiccional nacional comprobar si la normativa nacional constituye una restricción en el sentido del art. 56 del TFUE (libertad de prestación de servicios), y caso afirmativo, si persigue un objetivo de interés general y existe una adecuada proporcionalidad.

Texto completo: <http://www.europa.ue>

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

- **Derecho a conocer los protocolos de actuación existentes en el hospital.**

SJCA nº 13 de Barcelona, de 17 de junio de 2013, nº 216/2013, rec. 157/2011.

Se impugna la negativa del Hospital Universitario de Gerona de facilitar el acceso a los recurrentes al protocolo de evacuación del hematoma subdural, y la obtención de copias del mismo, por considerar que se trata de documentos internos de carácter técnico, que no figuran incorporados a ningún expediente administrativo.

Ninguno de estos argumentos convencen al juez, que a partir del reconocimiento existente en nuestro Ordenamiento Jurídico a favor del derecho de los ciudadanos a acceder a los

archivos y documentos de la Administración (art. 105.b) de la CE, y arts 35 y 37 de la LRJAPPAC), considera *"irrelevante que el documento solicitado sea de orden interno, de contenido científico técnico, y no es aceptable el argumento de que no se encuentra incorporado a ningún expediente administrativo"*, y añade *"la actividad de la Administración conforme a la concepción constitucional de la misma- art.s 103 y 106 de la CE- no puede permanecer opaca ni operar al margen de la exigencia de información del ciudadano. En el marco de la actividad sanitaria desarrollada por las Administraciones debe de entenderse legítimo el interés del usuario de acceder a los documentos en los que se consignan los protocolos y pautas de actuación del personal al servicio de la Administración sanitaria"*.

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

INTIMIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS.

- Utilización de historias clínicas en proceso de divorcio.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid de 8 de abril de 2013, rec 144/2012.

Matrimonio- ambos médicos- que ostenta la propiedad de una sociedad médica, decide poner fin a su relación conyugal. En el proceso matrimonial la esposa aportó como documentación anotaciones y fichas contables que adjuntaban historias clínicas de los pacientes. La letrada de la esposa argumentó que se trataba de acreditar unos ingresos económicos no declarados, y que ponderó la necesidad de aportar las historias clínicas íntegras a fin de respaldar los datos manuscritos.

La sentencia impugnada atribuye la comisión de un delito de descubrimiento y revelación de secreto del art. 197 del CP. Para la comisión de este delito basta con que se acceda a la información reservada que se pretende conocer con la finalidad de descubrir datos que afectan a la intimidad de la persona. Si se difunden a un tercero estaríamos ante el tipo agravado del punto 3 del citado precepto legal.

En este caso, la acusada no tuvo que realizar acto alguno de apoderamiento por cuanto las historias clínicas pertenecían a la sociedad médica de la que ella era copropietaria, y a las que ambos tenían libre acceso. Por tanto, no tuvo que vencer ninguna resistencia para hacerse con esta documentación, ninguna cautela, ya fuera porque existiesen especiales medidas de seguridad, o bien por tratarse de documentación guardada en un lugar al que ella no debiera haber accedido.

Pero es que además de no haberse producido "apoderamiento" conforme a lo previsto en el CP, la finalidad perseguida era acreditar en el proceso de separación determinados datos económicos que afectaban a la renta de su excónyuge. No había intención de desvelar ningún secreto.

Respecto a la divulgación, ésta no se ha producido en el sentido al que se refiere el CP ya que estos datos fueron aportados a un pleito matrimonial cuya naturaleza no es pública sino reservada a las partes y profesionales intervinientes.

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

SALUD LABORAL

- Responsabilidad del hospital por accidente laboral

STSJ de C-León, sede Valladolid, de 6 de septiembre de 2013, nº 1448/2013.

Podemos considerar los riesgos de accidentes biológicos como inherentes al ejercicio de la profesión sanitaria?

En el presente caso se trata de una ATS que desempeña su puesto de trabajo en el Servicio de Nefrología. Sufre un pinchazo accidental con una jeringuilla y como consecuencia de este accidente contrae el virus de la hepatitis C. En concreto, el accidente se produjo al encapuchar la jeringuilla, lo que constituye un comportamiento contrario al protocolo del centro pero que realizaban en cumplimiento de las órdenes impartidas por la dirección del centro para evitar pinchazos para terceros, como el caso del personal de limpieza.

El hospital contaba con un protocolo de enfermedades de transmisión sanguínea y un plan de gestión de residuos, pero los citados protocolos no habían sido nunca objeto de difusión entre el personal del hospital, y por tanto no cabe duda que la lesión es claramente antijurídica.

En este tipo de casos, y teniendo en cuenta que se pretende garantizar la completa indemnidad de la víctima y el resarcimiento integral de los daños, procede la compatibilidad de indemnizaciones (Seguridad Social e indemnización por responsabilidad patrimonial), aunque como establece el TS “sin hacer por ello abstracción de las cantidades percibidas por las diferentes vías”.

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

REINTEGRO DE GASTOS.

- Denegación de reintegro por falta de urgencia vital

Sentencia del TSJ del País Vasco de 16 de julio de 2013, Sala de lo Social, nº 1424/2013.

La recurrente fue dada de alta médica por la Mutua de AT/EP tras haber sufrido una lesión en su pie izquierdo. Poco tiempo después tuvo que acudir a la consulta privada de un traumatólogo por motivos relacionados con la contusión sufrida en el pie izquierdo que propició en su momento la baja médica. Los gastos médicos ascienden a 2.772,5 euros.

La Sala desestima el recurso y confirma la sentencia de instancia por no apreciar la concurrencia del requisito de “urgencia vital”, pues:

- 1.- No se le prescribió tratamiento médico alguno al alta.
- 2.- No consta que acudiera a la sanidad pública solicitando tratamiento de traumatología.

3.- No existía situación de urgencia vital para la paciente pues se trataba en definitiva de una lesión por la que había recibido el alta sin secuelas. En definitiva, no consta hubiera una necesidad súbita e inesperada de atención médica.

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

- **El INSS debe reintegrar gastos sanitarios por accidente laboral en los casos de responsabilidad empresarial e insolvencia de ésta.**

STSJ de Andalucía- Sevilla-, de 4 julio de 2013, nº 2062/2013.

Trabajadora que sufrió un accidente laboral y se mantuvo en situación de Incapacidad Temporal hasta que finalmente fue indemnizada por Lesiones permanentes no invalidantes por Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social. La beneficiaria sufrió fractura de radio izquierdo, de mandíbula, parcial del supraespinoso y de dos costillas. La trabajadora no se encontraba en alta en el momento de producirse el accidente.

La mutua solicita de la empresa el reintegro de la suma de 27.019,77 Eur., correspondientes a la totalidad de los gastos anticipados por la misma como consecuencia del accidente de trabajo, y ello con la responsabilidad subsidiaria del Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Tesorería General de la Seguridad Social.

La sentencia de instancia desestimó los gastos reclamados por transporte y desplazamiento (1.630,60 Eur.), y honorarios médicos prestados por facultativos de la Mutua (3.403,40 Eur.).

Por lo que respecta a los gastos por desplazamiento, la Sala establece que conforme a la legislación vigente los traslados necesarios para recibir atención sanitaria derivada de AT/EP admite la utilización de medios ordinarios de transporte, incluido el taxi, cuando su utilización sea prescrita por el correspondiente facultativo por ser exigida por razones médicas o autorizada por la correspondiente entidad gestora o colaboradora cuando venga motivada por la inexistencia de otro medio de transporte.

Es cierto que en este caso no constaba informe médico alguno que indicase la necesidad del transporte, si bien del aun cuando no se refleja en el relato fáctico de forma expresa informe médico alguno que indique o motive la necesidad de transporte, pero el cuadro médico de la trabajadora es suficiente esclarecedor como para entender justificada la autorización de la Mutua para la utilización y pago de medio de transporte, incluso distinto del colectivo, para acudir a cualesquiera que fueran las citas médicas.

Respecto al reintegro de los gastos ocasionados por la prestación de la asistencia sanitaria con medios propios de la mutua, la sentencia de instancia desestimó la reclamación atendiendo al criterio del INSS de considerar que de admitirlo, la Mutua estaría financiando sus propios gastos y costes de personal.

La Sala aplica la doctrina del TS (STS de 1 de Julio de 1996), en la que se decía que que no cabe argüir que el artículo 10.4 del Decreto 2766/1967, al regular la asistencia sanitaria por accidente de trabajo e imponer a la Mutua Patronal, en función de anticipo, su dispensación al beneficiario, sólo establece que aquélla pueda repetir contra el empresario

responsable directo, sin prever que tal repetición, ante la insolvencia de dicho incumplidor, actúe frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social -Fondo de Garantía-.

La Sentencia impone a la Entidad Gestora la obligación de reintegrar a la Mutua actora los gastos derivados de Asistencia Sanitaria en supuestos de responsabilidad empresarial e insolvencia de ésta, y ello con independencia de que la referida Asistencia Sanitaria haya sido prestada por medios propios o ajenos a la Mutua.

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

PRESTACIONES SANITARIAS.

- **Muface debe facilitar a sus asegurados las prestaciones sanitarias incluidas en la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma de residencia.**

STSJ de Madrid, Sala de lo C-A, de 2 de octubre de 2013, nº 756/2013.

Mutualista de MUFACE adscrito a la entidad privada ADESLAS, y residente en la Comunidad Autónoma de Cantabria, solicita tratamiento de infiltración de plasma con factores de crecimiento para la dolencia de la que fue diagnosticado (condromalacia rotuliano grado IV y sinovitis). El traumatólogo concertado le prescribe el tratamiento solicitado, pero la Comisión Mixta Provincial informó negativamente porque se trata de un tratamiento que favorece la reparación y regeneración de tejidos óseos y no está contemplado en patología muscular o ligamentosa dentro del concierto suscrito por Muface.

En la Comunidad Autónoma de residencia del asegurado, este tratamiento sí que se utiliza para esta indicación, si bien con carácter experimental.

El Concierto en vigor establece que la asistencia sanitaria se prestará conforme a la cartera de servicios de Muface, que **incluirá cuando menos la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (RD 1030/2006)**, y por tanto, quedarían excluidas las prestaciones complementarias de la correspondiente Comunidad Autónoma, de modo que la entidad no estaría obligada a la cobertura de esta prestación.

Sin embargo, la Sala considera que este criterio no puede prosperar ya que se generaría un trato desigual entre los funcionarios de Muface residentes en Cantabria en función exclusivamente de si han optado por recibir la atención médica de la sanidad pública, o si han elegido recibir la asistencia sanitaria a través de cualquiera de las entidades privadas concertadas por Muface. Es decir, Muface tiene el deber de prestar la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad a todos sus funcionarios.

Por todo lo anterior, se estima el recurso interpuesto y se reconoce el derecho del asegurado a que Muface le facilite el tratamiento solicitado por tratarse de una técnica cubierta por el Servicio Cántabro de Salud.

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

NOTICIAS

- **Cuando un médico privado fallece, sus herederos tienen obligación de conservar las historias clínicas.**

Cuando un médico que ejerce la medicina privada fallece, sus herederos tienen la obligación de conservar con seguridad las historias clínicas, según los plazos legalmente establecidos, que varían de 5 años en Madrid a 10 en Cataluña, dependiendo lo establecido en las distintas comunidades autónomas

Fuente: medicosypacientes.com

- **España, capital del ´turismo reproductivo´ en Europa.**

La ley de fertilidad de 2006 favorece que muchas parejas de la UE vengan a España a someterse a tratamiento. Así lo ha asegurado el abogado y director de Derecho Sanitario Asesores, Fernando Abellán, reconociendo que sobre todo vienen parejas de Italia, Francia o Alemania.

Fuente: laopiniondemalaga.es

- **El miedo a la humillación frena la consulta al CEA.**

Miembros de los comités aragoneses de ética se reúnen para buscar soluciones a su alejamiento del médico

Fuente: diariomedico.com

- **Reconocer y transmitir los errores propios.**

Gallagher es el autor principal del artículo Hablar con los pacientes acerca de los errores de otros médicos, que se publica en el New England Journal of Medicine

Fuente: diariomedico.com

- **La OMC, preocupada por los criterios éticos internacionales en la investigación con seres humanos.**

La Asamblea General de la Organización Médica Colegial (OMC) ha manifestado su preocupación sobre aspectos relativos al consentimiento informado y al uso del placebo en los ensayos clínicos, al pronunciarse sobre la séptima revisión de la Declaración de Helsinki, aprobada por la Asociación Médica Mundial (AMM), documento de referencia internacional sobre criterios éticos básicos de investigación con seres humanos

Fuente: actasanitaria.com

- **El médico no vacunado debe indemnizar si contagia al paciente.**

Someterse a un tratamiento o vacunarse es un acto voluntario, asegura el magistrado César Tolosa.

Fuente: diariomedico.com

- **Competencia se opone a la colegiación obligatoria de los médicos de la pública.**

Los médicos que trabajan únicamente en la sanidad pública no tienen por qué estar obligatoriamente colegiados. Así lo cree la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC), que en su informe sobre el anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales considera que habría que suprimir la colegiación obligatoria de los profesionales que prestan sus servicios en exclusiva a las Administraciones Públicas.

Fuente: Elpais.es

- **Las víctimas de la talidomida, contentas con la sentencia.**

Fuente: Elmundo.es

- **"En la atención a 'sin papeles' las soluciones extremas lesionan valores".**

La protagonista es empleada del hogar sin contrato y tiene que trabajar para mantener a su hijo y pagar el alquiler.

Fuente: diariomedico.com

- **Ollero: "La objeción de conciencia no puede verse limitada por la voluntad del paciente"**

Andrés Ollero, magistrado del Tribunal Constitucional, ha señalado en el Foro Sanidad y Derecho, que organiza el Hospital La Paz de Madrid, que no considera que la objeción de conciencia sea "un conflicto entre el Derecho y la moral", sino más bien un choque entre "dos planteamientos jurídicos".

Fuente: redaccionmedica.com

FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

- **Neurociencias y Derecho penal.**

Autor(es) Eduardo Demetrio Crespo y Manuel Maroto Calatayud ,
ISBN:9788415276159.
689 páginas, 1ª edición, En distribución desde: abril 2013,

Más información: casadellibro.com

- **Jornada sobre Derecho a la Salud: ¿realidad o mito?.**

Organizada por Global HealthRights Project: Promoting the right to Elath through litigation; la Facultad de Derecho (ICADE) y el Centro de Innovación del Derecho (CID-ICADE). 9 de diciembre de 2013.

Más información: upcomillas.es

BIOÉTICA y SANIDAD

CUESTIONES DE INTERÉS

- Respuestas a las preguntas más comunes sobre el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, que establece los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los Biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos.

El documento, que ha sido elaborado por la Instituto de Salud Carlos III da respuesta a las principales interrogantes, estructuradas cuatro partes diferenciadas, que en plantea la entrada en vigor del RD 1716/2011:

1.- Cuestiones generales.

En este primer bloque se establece la diferencia existente entre un biobanco, una colección de muestras y las muestras conservadas para su utilización en un proyecto de investigación, la estructura organizativa de un biobanco. Muy importante es el papel que desempeña el comité de ética externo del biobanco, cuyas funciones pueden ser asumidas por el comité de ética de investigación del centro siempre que ninguno de los miembros del mismo forme parte de la estructura del biobanco.

En relación a si es necesario que cada Comunidad Autónoma desarrolle su propio Decreto en relación con los biobancos, la respuesta es negativa ya que valdría el ámbito del Real Decreto, de modo que las CCAA solo tendrían que desarrollar el procedimiento administrativo de autorización.

2.- Incorporación de muestras.

En el segundo bloque relativo a la incorporación de muestras a los biobancos, se afronta la delicada cuestión de la información clínica que debe quedar asociada las muestras depositadas en el biobanco, que deberá ser la mínima imprescindible para que le sea de utilidad al investigador, y el régimen de acceso a la historia clínica por parte del responsable del biobanco, que no podrá tener un acceso libre ni periódico a la historia clínica del paciente que ha depositado sus muestras sin que exista un proyecto concreto que avale dicho acceso.

Por lo que se refiere al acceso a la historia clínica asociada a las muestras entre biobancos que forman parte de una red, cobra gran protagonismo el hecho de que el consentimiento otorgado por el paciente no permite amparar que se compartan datos de su historia clínica entre biobancos.

Como establece el propio documento “...para compartir datos de salud entre biobancos, existirían además problemas importantes desde el punto de vista ético. El paciente que otorga su consentimiento para el ingreso de su muestra en un biobanco sería difícilmente consciente de que abre una puerta para que datos de su historia clínica sean libremente accesibles por el personal del biobanco a su criterio...”

3.- Consentimiento Informado.

El CI con fines asistenciales carece de validez para la utilización de muestras en investigación. Una buena opción que contempla el documento que nos ocupa sería que todos los centros asistenciales que dispongan de un biobanco, en todas las intervenciones en las que se puedan obtener muestras soliciten el correspondiente consentimiento para fines asistenciales y otro distinto para almacenar la muestra en el biobanco con fines de investigación, que por otra parte no tiene por qué estar firmado por el investigador o por la persona que da la información para solicitar el consentimiento. El RD se limita a decir que el consentimiento debe contener la identidad de la persona responsable de la investigación.

4.- Registro de biobancos.

En los biobancos hospitalarios, el titular del biobanco será el responsable del fichero de datos- normalmente el gerente del hospital- con independencia de que haya otra persona que, en calidad de encargado del tratamiento, atienda los derechos de los interesados.

Los hospitales pueden contar con varios biobancos, y respecto al período de conservación de las muestras obtenidas con fines de investigación, se conservarán únicamente en tanto sean necesarias para los fines que justificaron su recogida.

Más información: www.isciii.es

- Informe del Comité de Bioética de España sobre el Proyecto de Real Decreto de ensayos clínicos. Madrid, 23 de julio de 2013.

El Comité de Bioética de España pone especial énfasis en su informe en algunas novedades discutibles en el régimen de garantías para los sujetos del ensayo, como la realización de ensayos sin exigencia de suscripción de seguro, los conocidos como “*ensayos de bajo riesgo*” con medicamentos cuyo uso constituye un tratamiento estándar en España aún fuera de los términos de la autorización de comercialización.

También resulta polémica la exclusión de la reparación del seguro las reacciones adversas conocidas en el momento en el que el sujeto otorga su consentimiento.

En cuanto a la información que se debe suministrar al sujeto que somete al ensayo clínico, el CBE aconseja que en este campo de la “*información*” se trabaje normativamente con conceptos comunes, sobre todo cuando la práctica clínica-asistencial y la propia de los ensayos clínicos se suelen presentar de forma conjunta.

Igualmente aconseja que se amplíe el contenido mínimo de la información que debe facilitar el investigador para incluir información acerca de las alternativas terapéuticas, el significado del término “*placebo*”, datos esenciales del seguro de responsabilidad civil del promotor, remuneración del investigador/equipo, así como las medidas adoptar en el caso en que se produzca un daño/efecto adverso durante el ensayo.

Otro aspecto interesante sobre el que llama la atención el CBE es la modificación del régimen del consentimiento informado tanto en lo que se refiere a los menores de doce o más años como respecto del “*menor maduro*”.

El proyecto de reglamento introduce en el derecho sanitario la figura del “*asentimiento*” para los menores de doce o más años, lo que merece la crítica del órgano consultivo por considerar que sería más apropiado que el futuro Real Decreto se pronuncie respecto del menor de doce años en los mismos términos que la Ley 41/2002.

En cuanto al menor maduro, el CBE propone adaptar la regulación a la regulación contenida en la Ley 41/2002, de modo que el menor de dieciséis años podrá decidir acerca del ensayo salvo que ponga en grave riesgo su vida o integridad física o psíquica.

Por último, el CBE muestra su discrepancia con la creación de los Comités de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm), segregados de facto de los Comités de Ética de Investigación (CEI). Esta decisión podría vulnerar la Ley de Investigación Biomédica que establece que suprime los Comités Éticos de Investigación Clínica y establece que en un futuro solo existirán en este ámbito los Comités de Ética de la Investigación, y además provocará solapamientos, roces y desajustes entre ambos órganos- CEIm y CEIs-la demanda de protección de la salud: ¿Es ésta underecho de contenido ilimitado? ¿Es moralmente aceptable que se definaexclusivamente por las necesidades y los deseos, que son infinitos? Si creemos quedebemos establecer límites, ¿bajo qué criterios?

Más información: www.comitedebioetica.es

- **Retos éticos en la atención a la violencia de género desde la atención primaria de la salud. Grupo de violencia de género y atención primaria de la sociedad catalana de medicina familiar y comunitaria. Grupo de ética de la sociedad catalana de medicina familiar y comunitaria. Barcelona, primavera de 2013.**

El presente documento es el fruto del debate surgido sobre la violencia de género en la jornada organizada en el año 2008 para conmemorar el Día Internacional contra la violencia hacia la mujer, si bien es ahora cuando el resultado de todas estas reflexiones ha visto la luz.

El documento aborda conflictos éticos de gran complejidad:

- 1.- Qué hacer cuando la mujer agredida no quiere denunciar.
- 2.- Cómo actuar cuando maltratador y víctima son pacientes de la misma consulta médica.
- 3.- Qué hacer cuando las órdenes de alejamiento implican a los centros de salud; o si el hombre que maltrata es padre de menores que él debe acompañar a una visita médica al centro de salud correspondiente, ¿colisión del deber como padre con la obediencia a la sentencia judicial?
- 4.- La anotación en la historia clínica de la mujer de los episodios de maltrato. ¿Procede el registro de este dato como “condicionante de salud”. ¿Y si la mujer pide que la información proporcionada no conste en ningún sitio. Los problemas sobre la confidencialidad de este tipo de información personal tan “sensible”.
- 5.- ¿Debe figurar en la historia clínica del hijo menor de edad el maltrato hacia la madre por parte de su otro progenitor? ¿Y en la historia clínica del hombre?

Más información: manager.formulari.cat

- **Continuidad de las innovaciones tecnológicas: El reto de las intervenciones Biomédicas de mejora humana. Isegoría. revista de filosofía moral y política. Francisco Javier López Frías.**

Si la tecnología sirve para mejorar nuestras condiciones de vida, ¿todo aquello que mejora nuestras condiciones de vida es aceptable y bueno?.

Para los denominados “*transhumanistas*”, las técnicas de mejora biomédicas son deseables, mientras que para los “*bioconservadores*” debería analizarse el sentido moral y humano de las biotecnologías de mejora humana.

A ojos de los primeros- que aglutinarían a todos los defensores de la “*teoría bienestarista*”, cualquier cambio en la biología o la psicología de una persona que incrementa las posibilidades de desarrollar una vida buena en un conjunto de circunstancias dadas es una mejora, siendo irrelevante que el cambio venga producido, por ejemplo, por una modificación de nuestro genoma. Lo verdaderamente relevante es que las biotecnologías incrementan la felicidad de los individuos.

Para los partidarios del segundo enfoque doctrinal, parece olvidarse que quizás la modificación biológica de nuestro organismo no sea la solución a todos nuestros problemas, “*la fascinación por la bioingeniería nos está haciendo buscar soluciones bioquímicas a los problemas complejos que no son para nada bioquímicos, sino sociales o políticos*” (Agar, N.)

Más información: isegoria.revistas.csic.es

FORMACIÓN Y PUBLICACIONES

- Voces de bioética y excelencia.

Autor: Resti Moreno Ortega
Edición: San Pablo, 2013
ISBN: 9788428542869
Precio: 34 €

Más información: casadellibro.com

- Código de ética de enfermería en Cataluña.

Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. Aprobado a Barcelona, en la sesión ordinaria del Consell Plenari del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya celebrada el día 18 de setembre de 2013.

Más información: codita.org

- Iniciación a la Ética y Deontología Médica.

Curso on-line OMC

Más información: ffomc.org

- Adolescencia y salud mental: Una perspectiva multidisciplinar.

Del 15 de enero al 30 de septiembre de 2014. Fundación Uned.

Este curso continúa una línea de formación iniciada en otras propuestas formativas. En concreto, aquí nos proponemos profundizar en la reflexión sobre el abordaje de la salud mental de niños y adolescentes desde una perspectiva social y comunitaria.

Más información: formacionuned.es