



# SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

## BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 158 JUNIO 2018.

Editado por la Secretaría General del Sescam.

ISSN 2445-3994

[Asesoria.juridica@sescam.jccm.es](mailto:Asesoria.juridica@sescam.jccm.es)

---

### EQUIPO EDITORIAL:

**D. Vicente Lomas Hernández.**

Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

**D. Alberto Cuadrado Gómez.**

Secretaría General. Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

*AVISO LEGAL. Se autoriza de manera genérica el acceso a su contenido, así como su tratamiento y explotación, sin finalidad comercial alguna y sin modificarlo. Su reproducción, difusión o divulgación deberá efectuarse citando la fuente.*

# SUMARIO:

## **-DERECHO SANITARIO-**

### **1.-LEGISLACIÓN**

II.-ESTATAL:	3
II.-AUTONÓMICA:	
➤ Comunidad Valenciana.	4
➤ Madrid.	4
➤ Extremadura.	5
➤ Aragón.	5
➤ Cataluña.	6
➤ Andalucía.	6
➤ Navarra.	6
➤ Galicia.	6
➤ Islas Canarias.	7
➤ Cantabria.	7
➤ La Rioja.	7
➤ Murcia.	7
➤ Baleares.	8
➤ Castilla y León.	9

### **2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:**

I.- NUEVA REGULACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA: LA LEY 16/2018, DE 28 DE JUNIO (VALENCIA) Y LA LEY 5/2018, DE 22 DE JUNIO (ASTURIAS).	10
II.- LA COBERTURA SANITARIA PÚBLICA Y GRATUITA DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA.	12

### **3.- SENTENCIA PARA DEBATE:**

- EL TSJ DE BALEARES: EL CESE DE MÉDICO DE URGENCIAS INTERINO SIN TÍTULO DE ESPECIALISTA. 14

### **4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS**

- I- RECURSOS HUMANOS. 16
- II- CONTRATACIÓN PÚBLICA. 19
- III- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO. 23
- IV- SISTEMA NACIONAL DE SALUD. 24
- V- LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL. 26
- VI- RESPONSABILIDAD SANITARIA. 27
- VII- PRESTACIONES SANITARIAS. 31
- VIII-DATOS PERSONALES. 32
- IX- PROFESIONES SANITARIAS. 32

### **5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.** 34

## **-NOTICIAS-**

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de JUNIO de 2018 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética. 35

## **-BIOÉTICA y SANIDAD-**

### **1.- CUESTIONES DE INTERÉS.** 37

### **2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.** 39

# **-DERECHO SANITARIO-**

## **1-LEGISLACIÓN**

### **I- LEGISLACIÓN ESTATAL**

- Orden APM/607/2018, de 1 de junio, por la que se modifica la Orden AAA/2444/2015, de 19 de noviembre, por la que se establecen medidas de emergencia preventivas frente a la fiebre aftosa en el Magreb.

[B.O.E. de 06 de junio de 2018](#)

- Resolución de 23 de mayo de 2018, de la Dirección de la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, por la que se publica el Convenio marco con la Sociedad Española de Medicina del Deporte.

[B.O.E. de 04 de junio de 2018](#)

- Resolución de 19 de junio de 2018, de la Dirección General de Migraciones, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 15 de junio de 2018, por el que se aprueban las instrucciones por las que se determina el procedimiento para autorizar la residencia temporal de menores y la estancia de los monitores, de origen saharauí, en España en el marco del Programa "Vacaciones en Paz 2018".

[B.O.E. de 20 de junio de 2018](#)

- Resolución de 1 de junio de 2018, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Convenio para el año 2018 con la Federación Española de Municipios y Provincias, para la potenciación de la Red Española de Ciudades Saludables y la implementación local de la estrategia de promoción de la salud y prevención.

[B.O.E. de 22 de junio de 2018](#)

- Resolución 420/38154/2018, de 13 de junio, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio con la Comunidad Autónoma de Aragón, para la utilización conjunta de determinados recursos sanitarios.

[B.O.E. de 22 de junio de 2018](#)

## **II- LEGISLACIÓN AUTONÓMICA**

### **Comunidad Valenciana.**

- Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

[D.O.G.V. de 29 de junio de 2018](#)

- Decreto 69/2018, de 25 de mayo, del Consell, por el que se regulan los permisos para el personal gestionado por la conselleria competente en materia de sanidad por la participación en proyectos de cooperación al desarrollo sostenible o en acciones humanitarias internacionales.

[D.O.G.V. de 06 de junio de 2018](#)

- Decreto 84/2018, de 15 de junio, del Consell, de fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros de la Generalitat.

[D.O.G.V. de 22 de junio de 2018](#)

- Resolución de 6 de junio de 2018, del subsecretario, por la que se establecen los criterios para la planificación y gestión de la formación continuada del personal de su ámbito competencial.

[D.O.G.V. de 13 de junio de 2018](#)

- Resolución de 13 de junio de 2018, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en los centros escolares.

[D.O.G.V. de 18 de junio de 2018](#)

### **Madrid.**

- Decreto 86/2018, de 12 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 51/2006, de 15 de junio, del Consejo de Gobierno, regulador del régimen jurídico y procedimiento de autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad de Madrid.

[B.O.C.M. de 14 de junio de 2018](#)

- Orden 558/2018, de 8 de junio, del Consejero de Sanidad, por la que se crea el Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid y se establece su composición, organización y funcionamiento.

[B.O.C.M. de 27 de junio de 2018](#)

- Resolución 901/2018, de 23 de mayo Crea el Comité de Expertos Asesor en Vacunas de la Comunidad de Madrid.

[B.O.C.M. de 15 de junio de 2018](#)

- Resolución de 12 de junio de 2018, de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud, sobre delegación de determinadas competencias en materia de gestión de personal.

[B.O.C.M. de 19 de junio de 2018](#)

## **Extremadura.**

- Decreto 61/2018, de 22 de mayo, por el que se acuerda la adscripción de determinados puestos de trabajo del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, al Organismo Autónomo Servicio Extremeño de Salud, ambos dependientes de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

[D.O.E. de 28 de mayo de 2018](#)

## **Aragón.**

- Orden SAN/974/2018, de 7 de junio, por la que se suprimen las categorías profesionales de Psicólogo/a de Atención Primaria y Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica de Atención Primaria en el ámbito de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud y se establece el procedimiento de incorporación de estos profesionales a la categoría de Facultativo/a Especialista de Área en Psicología Clínica.

[B.O.A. de 14 de junio de 2018](#)

- Orden SAN/969/2018, de 5 de junio, por la que se crea la categoría estatutaria de Enfermera/o Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria en el ámbito de los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

[B.O.A. de 14 de junio de 2018](#)

- Orden SAN/970/2018, de 5 de junio, por la que se crea la categoría estatutaria de Enfermera/o Especialista en Enfermería Geriátrica en el ámbito de los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

[B.O.A. de 14 de junio de 2018.](#)

- Orden SAN/971/2018, de 5 de junio, por la que se crea la categoría estatutaria de Enfermera/o Especialista en Enfermería Pediátrica en el ámbito de los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

[B.O.A. de 14 de junio de 2018](#)

- Orden SAN/972/2018, de 5 de junio, por la que se crea la categoría estatutaria de Técnico/a Superior Especialista en Dietética y Nutrición en el ámbito de los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

[B.O.A. de 14 de junio de 2018](#)

- Orden SAN/973/2018, de 5 de junio, por la que se crea la categoría estatutaria de Titulado/a Superior en Nutrición y Control de Alimentos en el ámbito de los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

[B.O.A. de 14 de junio de 2018](#)

### **Cataluña.**

- Orden SLT/90/2018, de 22 de junio, por la que se establecen para el año 2018 las tarifas máximas de los servicios de transporte sanitario no urgente que convenga o contrate el Servicio Catalán de la Salud.

[D.O.C.G. 27 de junio de 2018](#)

### **Andalucía.**

- Orden de 7 de junio de 2018, por la que se aprueba la modificación de los Estatutos del Colegio Oficial de Médicos de Sevilla y se dispone su inscripción en el Registro de Colegios Profesionales de Andalucía.

[B.O.J.A. de 14 de junio de 2018](#)

### **Comunidad Foral de Navarra.**

- Ley Foral 12/2018, de 14 de junio, de Accesibilidad Universal.

[B.O.N. de 29 de junio de 2018](#)

### **Galicia.**

- Decreto 66/2018, de 14 de junio, por el que se modifica el Decreto 146/2001, de 7 de junio, sobre planificación, apertura, traslado, cierre y transmisión de oficinas de farmacia.

[D.O.G. de 26 de junio de 2018](#)

## **Islas Canarias.**

- Orden de 4 de junio de 2018, por la que se actualizan las cuantías de las compensaciones por alojamiento y manutención de pacientes del Servicio Canario de la Salud y sus acompañantes por razón de la asistencia sanitaria prestada fuera del área de salud en la que se encuentra el municipio de residencia de la persona beneficiaria.

[B.O.C. de 12 de junio de 2018](#)

- Resolución de 22 de mayo de 2018, por la que se dictan instrucciones para la organización de la respuesta educativa al alumnado de la Educación Infantil, la Enseñanza Básica y el Bachillerato, que no puede asistir a los centros educativos de forma regular, así como para el funcionamiento de las aulas hospitalarias, de la Atención Educativa Domiciliaria y de los centros terapéuticos sostenidos con fondos públicos, en la Comunidad Autónoma de Canarias.

[B.O.C. de 06 de junio de 2018](#)

## **Cantabria.**

- Orden SAN/48/2018, de 4 de junio, por la que se establecen los requisitos técnico-sanitarios de los centros proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento y de los servicios sanitarios integrados en organizaciones no sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

[B.O.C. de 14 de junio de 2018](#)

## **La Rioja.**

- Orden APH/37/2018, de 19 de junio, por la que se regulan los requisitos y procedimiento de homologación, a efectos de la carrera horizontal y la evaluación del desempeño, de acciones formativas impartidas por organizaciones sindicales a los empleados públicos de la Administración General de la Comunidad Autónoma de La Rioja y sus Organismos autónomos.

[B.O.R. de 22 de junio de 2018](#)

## **Murcia.**

- Orden de 20 de junio de 2018 de la Consejería de Salud, por la que se aprueban los criterios y estándares para la acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios de hospitalización de media y larga estancia en la Región de Murcia.

[B.O.R.M. de 30 de junio de 2018](#)



- Resolución de 30 de mayo de 2018, del Secretario General de la Consejería de Salud, por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia del Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 16 de mayo de 2018, por el que se modifican los Estatutos del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria.

[B.O.R.M. de 11 de junio de 2018](#)

## **Baleares.**

- Acuerdo del Consejo de Gobierno de 8 de junio de 2018 por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 29 de mayo de 2018 por el que se modifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 11 de noviembre de 2016 por el que se aprueba el Texto refundido que regula los procedimientos de selección de personal estatutario temporal del Servicio de Salud de las Illes Balears por medio de la creación de bolsas únicas de trabajo para cada categoría y especialidad.

[B.O.I.B. de 09 de junio de 2018](#)

- Acuerdo del Consejo de Gobierno de 8 de junio de 2018 por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de 22 de mayo de 2018 por el que se regulan los criterios generales que rigen el orden de ceses del personal estatutario del Servicio de Salud de las Illes Balears.

[B.O.I.B. de 12 de junio de 2018](#)

- Acuerdo del Consejo de Gobierno de 8 de junio de 2018 por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 22 de mayo de 2018 por el que se modifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 17 de marzo de 2016 por el que se aprueba el Texto consolidado de los acuerdos sobre el sistema de promoción, desarrollo y carrera profesional del personal estatutario dependiente del Servicio de Salud de las Illes Balears, a la vez que se corrigen determinados errores materiales o de hecho.

[B.O.I.B. de 09 de junio de 2018](#)

- Resolución del director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares por la que se amplía al segundo y al tercer cuatrimestres de 2018 la aplicación del procedimiento relativo a la prestación de determinados productos del Catálogo de material ortoprotésico de las Islas Baleares.

[B.O.I.B. de 30 de junio de 2018](#)

## Castilla y León.

- Decreto 18/2018, de 7 de junio, por el que se establece el procedimiento para la integración directa y voluntaria del personal funcionario de carrera sanitario, de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, en la condición de personal estatutario.

[B.O.C.Y L. de 13 de junio de 2018](#)

- Decreto 19/2018, de 21 de junio, de desconcentración de competencias en materia de contratación y gestión económica en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud

[B.O.C.Y L. de 27 de junio de 2018](#)

- Acuerdo 41/2018, de 21 de junio. LCyL 2018\253, deja sin efecto el Acuerdo 57/2012, de 28-06-2012 ( LCyL 2012\221) y aprueba el acuerdo entre los representantes de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma y las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial por el que modifica el punto 6.-Manutención-, del Acuerdo entre la Consejería de Sanidad y las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial del personal sanitario, sobre compensación económica de los desplazamientos del personal de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en el ámbito de la atención primaria y especializada, y otras medidas complementarias, aprobado por Acuerdo 103/2004 de 29-07-2004 (LCyL 2004\313), de la Junta de Castilla y León.

[B.O.C.Y L. de 27 de junio de 2018](#)

- Orden SAN/697/2018, de 18 junio, por la que se regula el funcionamiento y organización de la Red de Centros y Servicios de Referencia en Atención Especializada del Servicio Público de Salud de Castilla y León.

[B.O.C.Y L. de 29 de junio de 2018](#)

- Programa asistencial de carácter social para la población extranjera en situación administrativa irregular residente en la comunidad de Castilla y León y sin recursos económicos.

[www.saludcastillayleon.es](http://www.saludcastillayleon.es)

## 2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

### I.- NUEVA REGULACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA: LA LEY 16/2018, DE 28 DE JUNIO (VALENCIA) Y LA LEY 5/2018, DE 22 DE JUNIO (ASTURIAS).

Por: Vicente Lomas Hernández.  
Doctor en Derecho.  
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica.

El Colegio de Médico de Barcelona ha aprobado el pasado mes de junio el “Documento de Posición del CMB sobre la Asistencia a Personas en Situación de Final de la Vida”, coincidiendo en el tiempo con la presentación por el grupo parlamentario socialista de la proposición de ley orgánica sobre la eutanasia (véase comentario publicado en el anterior nº del Boletín de Derecho Sanitario, y en El Derecho.

[https://www.elderecho.com/tribuna/penal/Comentario-regulacion-autonomica-despenalizacion-eutanasia\\_11\\_1240555002.html](https://www.elderecho.com/tribuna/penal/Comentario-regulacion-autonomica-despenalizacion-eutanasia_11_1240555002.html)).

En ese mismo mes, y con una diferencia de días, se han aprobado dos leyes más sobre los derechos de los pacientes al final de la vida: la Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida (Valencia), y la Ley 5/2018 de 22 de junio de 2018 (Asturias).

En el documento aprobado por la organización colegial se anticipan buena parte de las líneas maestras que, al igual que ya han hecho otros legisladores autonómicos, reproducen las leyes antes citadas, a saber:

1.-La importancia que adquieren tres documentos esenciales para garantizar la capacidad decisoria del paciente terminal: a) el consentimiento informado, b) la planificación de decisiones anticipadas, y c) el documento de voluntades anticipadas.

2.- Diseñar de forma conjunta con el paciente, debidamente informado, y antes de que la muerte sea inminente, las actuaciones a seguir permitiendo al enfermo que exprese qué situaciones serían para él inaceptables.

3.- El rechazo a la obstinación terapéutica, la defensa de la sedación paliativa y terminal, y su distinción respecto de la eutanasia. Las principales diferencias estribarían en la intencionalidad (en la sedación aliviar el sufrimiento, en la eutanasia provocar la muerte), en el procedimiento, y en el resultado (en la sedación es el alivio del sufrimiento, mientras que en la eutanasia es la muerte rápida).

Las dos Leyes autonómicas de reciente aprobación son muy similares, ambas pretenden garantizar lo que el CMB considera una prioridad, *“garantizar que los recursos materiales, humanos y organizativos para la atención a los enfermos crónicos avanzados sean los adecuados y estén al alcance de todos”* (véase en este sentido el art. 24.2 de la Ley de Asturias y art. 26.2 de la Ley de Valencia), partiendo en ambos casos del respeto absoluto a las convicciones personales del paciente.

En efecto, ambos textos legales resaltan tanto el derecho del paciente como el deber de los profesionales a que se respete la decisión de aquél, ya sea tanto en el supuesto de rechazo del tratamiento como de retirada del tratamiento ya instaurado ( art. 5 en relación con el art. 20.2 de la Ley de Asturias). No se aprecia en cambio que se haya mostrado el mismo interés en regular la posible discrepancia del profesional sanitario respecto de los deseos manifestados por el paciente, en particular cuando se pudiera apreciar un posible conflicto de conciencia. En este sentido la Ley valenciana se limita a señalar en su art. 26.2 que *“La negativa de cualquier profesional sanitario a respetar y garantizar el derecho a una muerte digna se comunicará a la dirección del centro, que deberá tomar las medidas necesarias para garantizar el respeto a la voluntad de la o del paciente y la dignidad de forma sumaria y preferente”*, limitándose en el art. 21.4 a señalar que *“Si el personal médico responsable discrepa de la voluntad de la persona, deberá motivarlo en su historia clínica, y deberá ser contrastada con una segunda opinión médica”*. La Ley asturiana nada dice al respecto, más allá de insitir en su art. 20 en el deber que asumen los profesionales sanitarios de respetar los valores, creencias y preferencias del paciente.

En el supuesto en el que no hubiera existido una relación asistencial previa entre el facultativo y el paciente, la decisión médica de proceder a la limitación del esfuerzo terapéutico deber ser discutida con otros profesionales sanitarios (art. 23.2 de la Ley de Asturias), o bien adoptarse de forma conjunta entre el personal responsable de la asistencia (art. 22.5 de la Ley de Valencia).

Finalmente, en relación con el tratamiento que se otorga al paciente terminal menor de edad, señalar que mientras la Ley de Asturias se limita a efectuar una remisión al art. 9 de la Ley 41/2002, la Ley de Valencia habilita al paciente menor de edad emancipado o con 16 años cumplidos, a adoptar la decisión por sí mismo, sin que quepa otorgar el consentimiento por representación. A estos efectos tan solo recordar que la legislación estatal obliga a que *“cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo”*. Cabría argüir que ninguna de las decisiones posibles que se pudieran adoptar pueden constituir un grave riesgo para la vida o salud de un paciente que, aunque menor de edad, ya se encuentra de forma irreversible en fase terminal.

## II.- LA COBERTURA SANITARIA PÚBLICA Y GRATUITA DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA.

Por: Vicente Lomas Hernández.  
Doctor en Derecho.  
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica

Desde la aprobación en el año 2012 de la reforma sanitaria que endurece el acceso a la asistencia sanitaria de la población inmigrante en situación irregular, hemos asistido paulatinamente a como las distintas CCAA han ido aprobando medidas dirigidas a desactivar directamente la aplicación de la norma estatal, o en el peor de los casos a dulcificar sus efectos.

La última de las CCAA que se ha sumado a esa incesante ola de instrucciones, órdenes, decretos o incluso leyes que, de un modo u otro, han desafiado al gobierno de la nación, ha sido Castilla-León con su *“Programa asistencial de carácter social para la población extranjera en situación administrativa irregular residente en la comunidad de Castilla y León y sin recursos económicos”*

<https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/asistencia-sanitaria/programa-asistencial-caracter-social-poblacion-extranjera-s>

Lo paradójico de toda esta situación es que, mientras todas las CCAA se esfuerzan por no aplicar la reforma sanitaria, los Tribunales de Justicia se encargan de anular estas medidas. Tal ha sido el caso de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón, (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección1ª), núm. 47/2018 de 7 febrero.

En este caso se impugnó por la Administración del Estado la Instrucción de 7 de agosto de 2015, del Consejero de Sanidad del Gobierno de Aragón, por la que se regula el acceso a la asistencia sanitaria en Aragón para las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes ni cobertura de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

Como ya sucediera en casos similares (por ejemplo, Cantabria), la Instrucción aragonesa no se ajusta en su contenido a lo que son órdenes de servicio dirigidas a los inferiores jerárquicos, en el ámbito propio de la organización administrativa, sino a efectuar una auténtica regulación material del acceso a la asistencia sanitaria de dichos extranjeros.

Resulta claro, según refiere la Sentencia, que el contenido de la Instrucción excede del ámbito de las instrucciones internas, innovando el Ordenamiento, con atribución a personas extranjeras sin recursos económicos suficientes, ni cobertura de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, del reconocimiento a tal asistencia, establecimiento de los requisitos que han de cumplirse y el procedimiento a seguir para su obtención, tratándose de una auténtica disposición general.

En definitiva una disposición normativa que, como sostiene el Abogado del Estado, se ha dictado prescindiendo de los requisitos esenciales exigibles determinando su nulidad de pleno derecho.

Parece evidente que no tiene mucho sentido prolongar en el tiempo una situación como la descrita, cuando el sentir mayoritario en el SNS es invertir el modelo sanitario instaurado en el año 2012. El debate ahora es fijar las condiciones de ese proceso de reversión normativa que permita retomar el proceso de universalización de la asistencia sanitaria: ¿Se volverá a exigir el requisito del empadronamiento? ¿Desaparecerá el concepto de asegurado? ¿Asistiremos a la emancipación definitiva del SNS respecto del Sistema de Seguridad Social?...

### 3.- SENTENCIA PARA DEBATE

- EL TSJ DE BALEARES: EL CESE DE MÉDICO DE URGENCIAS INTERINO SIN TÍTULO DE ESPECIALISTA.

Por: Vicente Lomas Hernández.

Doctor en Derecho.

Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

El Sr. Cristobal, licenciado en medicina, fue nombrado personal estatutario interino en plaza vacante, mediante la resolución adoptada por el Director-Gerente del Hospital Comarcal de Inca en fecha 20 de mayo de 2008. Dicha resolución establece que el nombramiento se acuerda para el ejercicio interino de la plaza de médico de urgencias *"hasta la incorporación a la misma de personal estatutario fijo designado para su desempeño, se produzca su amortización o hasta que se cubra por un reingreso provisional.*

Mediante resolución dictada por la Directora-Gerente del Hospital Comarcal de Inca el día 17 de febrero de 2016 se acordó su cese como personal estatutario interino. Se indica que el motivo del cese lo es debido a que *"de acuerdo con el informe definitivo de control financiero 11/2015 de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas, no cumple con el requisito de ostentar la titulación exigida para el puesto de trabajo de Médico de Urgencias Hospitalarias. Que en virtud de la oferta del Servicio Público de Empleo (SOIB) núm. 4155, hay candidatos disponibles que ostenta la titulación exigida para el puesto de trabajo de Médico de Urgencias Hospitalarias"*.

La STSJ de Baleares nº 413/2017, de 16 de octubre no descarta en el presente caso la aplicación de la doctrina recogida en las SSTS del Tribunal Supremo, si no que más bien parcela o limita su ámbito de aplicación por interés general sanitario únicamente a *"especialidades médicas"*. Para su fácil comprensión: una afección cardiaca es mejor que la trate un especialista en cardiología y, si no lo hay, un médico sin dicha especialidad; pero cuando luego sí se dispone de aspirante con la especialidad, puede cesarse al eventual o interino para sustituirlo por el médico especialista. Todo ello fundamentado en que el superior interés general de una asistencia sanitaria de calidad, aconseja una atención especializada.

Pero ello no ocurre en el caso que nos ocupa, pues el médico de urgencias hospitalarias no es una *"especialidad médica"*, sino una *"categoría"*. Puede accederse a la categoría de Médico de Urgencias Hospitalarias con cualquier especialidad (cardiología, oftalmología,...) incluso con algunas alejadas de lo que es propio de la atención en urgencias (p. ej. anatomía patológica).

Por tanto, a partir de este razonamiento, concluye que la Administración no puede invocar como título del cese lo dispuesto en el art.1 del RD 127/1984 que exige el título de especialista para ocupar una plaza que requiera dicha condición de especialista.

Para reforzar el planteamiento sobre el que pivota la Sentencia- el tratamiento diferenciado que exige el nombramiento de médicos de urgencias respecto de supuestos similares pero referidos a especialidades médicas- trae a colación la Orden del Consejero de Sanidad de 29 de agosto de 2002 que desarrolla el Real Decreto 866/2001 de 20 de julio por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria, estableció que: "*Los facultativos de las instituciones sanitarias traspasadas del Instituto Nacional de la Salud con plaza en propiedad como médicos de Medicina General jerarquizados u otras categorías del Estatuto Jurídico del Personal Facultativo, que realicen funciones en los Servicios de Urgencia hospitalarios o en las Unidades de Admisión y Documentación Clínica, podrán integrarse respectivamente en las categorías y modalidades de médico de urgencia hospitalaria o de médico de admisión y documentación clínica instauradas por el Real Decreto 866/ 2001, de 27 de diciembre*". Es decir, los médicos de Medicina General podían integrarse en la categoría de médico de urgencia hospitalaria, pudiendo continuar prestando servicios en dicha categoría sin necesidad de contar con el título de especialista.



## 4.-DOCUMENTOS DE INTERÉS

Vicente Lomas Hernández  
Doctor en Derecho.  
Licenciado en CC. Políticas.  
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica

### I- RECURSOS HUMANOS:

- No procede la creación de plaza de forma cautelar para proteger al personal interino de larga duración hasta el inicio por la Administración de un proceso de consolidación.

#### STSJ Castilla-La Mancha de 13 de abril de 2016 nº 120.

La sentencia revoca el auto del juzgado de Cuenca que acordó la creación de una plaza de forma cautelar para que el recurrente, personal estatutario temporal de larga duración, no se viese desplazado en virtud de un concurso de traslado si finalmente la plaza que estaba desempeñando fuese a ser ocupada por quien pudiera participar en dicho concurso, y todo ello hasta que se dictase resolución en cuanto al fondo.

La Sala deja bien claro que la condición de personal estatutario temporal implica que quien ocupa una plaza interinamente, y mientras no acceda a la función pública conforme a los principios del artículo 23 de la Constitución, podrá verse perjudicado si la plaza que está desempeñando fuese ocupada en el marco de un proceso de concurso de traslados, por tratarse de algo inevitable. Así mismo señala que la Administración no tiene la obligación de poner en marcha procesos de consolidación de empleo por tratarse de una opción, y no de una obligación, conforme a la redacción de la disposición transitoria cuarta de la Ley 7/2007.

En este sentido véase la STSJ de Castilla-La Mancha de 27 de febrero de 2017, nº 97 nº rec. de apelación 180/2015, en la que se afirmaba que el funcionario interino de larga duración no tiene derecho subjetivo a la consolidación de la plaza.

Según la Sala la Disposición Transitoria 4ª del EBEP de dicha disposición no cabe extraer un derecho del recurrente a ocupar un puesto hasta tanto no se convoque correspondiente proceso de consolidación pues, como facultativo que es, la Administración podría optar por no convocarlo.

No ya es que se trate de una facultad de la que la Administración pueda hacer uso libremente y del modo que considere más adecuado sino que, tal y como ha venido definiendo el Tribunal Constitucional (STC de 28 de abril de 2016), al analizar la afectación que al derecho fundamental del artículo 23 de la Constitución pueden producir los procedimientos de consolidación, éstos deben atender a una situación excepcional supuestos verdaderamente singulares, en los que prima no el interés subjetivo de los participantes sino, antes, las especiales circunstancias de una la Administración y el momento concreto en el que se celebraban estas pruebas, haciendo referencia a una singular, puntual y transitoria necesidad de tener que poner en funcionamiento una nueva forma de organización de las Administraciones autonómicas resultante de la asunción de competencias que antes correspondían al Estado; también

se exigía, en segundo término, la limitación de acudir por una sola vez a estos procedimientos excepcionales, y, finalmente, la reserva de ley.

La Sala afirma que sin perjuicio del genérico derecho que el recurrente ostenta a participar en los procesos de consolidación que pudieran convocarse, la incertidumbre en cuanto a la efectiva existencia en el futuro de un proceso como el pretendido impide, desde luego, atribuir al recurrente un derecho subjetivo a no verse afectado por otras medidas distintas, como expresaba la sentencia recurrida, pues ello equivaldría, de facto, a convertir su verdadera situación de interinidad en perpetuidad.

Véase igualmente la STSJ de CLM de 31 de marzo de 2017, nº 170.

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

- El personal en reingreso provisional no puede participar en procesos de promoción interna temporal.

**STSJ de Castilla-La Mancha nº 30/2017, de 30 de enero, Recurso de apelación núm. 126/2015.**

La Sala anula la sentencia de instancia, favorable a los intereses del trabajador recurrente, y declara que el personal en situación de reingreso provisional no puede participar en la bolsa de promoción interna por falta de uno de los requisitos exigidos en el pacto: tener plaza en propiedad en el respectivo centro de gestión. En el presente caso la trabajadora pretendía quedar incluida en la bolsa de promoción interna de la GAI de Cuenca donde se encontraba en reingreso provisional. La sentencia de instancia relativizaba la importancia del requisito de la plaza al señalar que lo importante a tal efecto es el carácter de personal estatutario fijo y que en dicho momento se esté desempeñando plaza en el respectivo Centro de Gestión.

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

- La Administración puede efectuar nombramientos provisionales de jefe de servicio asistencial por motivos de urgencia.

**STSJ de Castilla-La Mancha de 20 de marzo nº 10137/2017.**

No cabe imponer a la Administración que, devenido el cese de un Jefe de Servicio designado provisionalmente, sin que (por la circunstancia que fuere) se haya procedido a la debida convocatoria, la Jefatura de Servicio deba necesariamente quedar desatendida, pues el interés público concurrente en la adecuada prestación del servicio sanitario aparece superpuesta sobre otros posibles intereses en conflicto. Y es que no cabe asumir que las consecuencias de una desacertada actuación organizativa inicial, pueda terminar redundando en un efectivo perjuicio para la prestación de un servicio esencial y de tal relevancia como el cuestionado en el litigio. Y ello sin perjuicio, y obviamente, de que permanezca subsistente el deber de proceder a la cobertura de la plaza por el procedimiento reglamentario, mediante la oportuna convocatoria.

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

- **Percepción de la compensación económica por extracciones de sangre regulada en el título X apartado III de la Orden de 8 de agosto de 1986. Supresión de compensación económica por la realización de extracciones de sangre fuera de Instituciones Sanitarias.**

**SJC-A nº 2 de Toledo nº 00075/2017, de 31 de marzo.**

Los recurrentes realizaban extracciones fuera de las instituciones sanitarias, con el vehículo del propio centro, recibían una compensación llamada erróneamente “*dietas de desplazamientos*”. A partir del mes de febrero de 2013 esta compensación fue eliminada de forma unilateral por la Administración, resultando que los demandantes han continuado durante los años 2013 y 2014 realizando extracciones. Solicitan la percepción de la compensación económica por extracciones de sangre regulada en el título X apartado III de la Orden de 8 de agosto de 1986 por la que se fijan las retribuciones del personal sanitario dependiente del INSALUD.

No procede su percepción ya que dicha Orden quedó derogada por 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. Concretamente su artículo 10.6., párrafo segundo dispone:

*“Desde esa fecha queda derogada la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 8 de agosto de 1986, sobre retribuciones del personal dependiente del Instituto Nacional de la Salud, Instituto Catalán de la Salud y Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía.»*

- **Negociación sindical de decisiones organizativas.**

**STSJ del País Vasco núm. 401/2016 de 19 septiembre. Recurso de Apelación núm. 120/2016.**

Considera que la notificación del puesto funcional que se le ha entregado ha producido una modificación de sus condiciones de trabajo, ya que supone tanto un cambio funcional, al pasar de atención primaria a atención primaria más especializada, así como un cambio territorial, al sumarse los ámbitos territoriales de lo que era Comarca Interior y el Hospital de Galdakao-Usansolo. I.

La integración de las estructuras asistenciales en una Organización Sanitaria Integrada no supone modificación de las condiciones de trabajo y entra dentro de las decisiones de la Administración que afectan a sus potestades de organización, todo ello, de conformidad con lo establecido en el artículo 37.2 EBEP, que excluye de la obligatoriedad de la negociación, entre otras cuestiones, (art. 37.2) las decisiones de la Administración que afecten a sus potestades de organización. La integración ha mantenido en todos los casos los mismos puestos, con las mismas funciones, con el mismo régimen de prestación de servicios, dedicación, jornada y responsabilidades asignadas, es decir la integración únicamente ha supuesto la modificación del ámbito organizacional superior de dependencia.

La Sala no entra a valorar el fondo del asunto, ya que la notificación del puesto funcional solo informa del cambio de adscripción del puesto resultante de la decisión adoptada por Osakidetza en Acuerdo de 30 de enero de 2014, que no ha sido siquiera indirectamente impugnado, sin incidencia en las condiciones de trabajo del recurrente.

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

## **II- CONTRATACIÓN PÚBLICA.**

- **Desequilibrio económico y contrato de gestión del servicio público.**

**Tribunal Superior de Justicia de Madrid, (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª) Sentencia núm. 35/2018 de 22 enero.**

Se formula recurso contencioso-administrativo por la entidad "*Centro de Rehabilitación Dionisia Plaza Médico Psicopedagógico, S.L.*", contra la desestimación presunta, por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, de la reclamación de reequilibrio económico o, en su caso, resolución por incumplimiento de la Administración, del contrato denominado "*C.A. 1/2013 Rehabilitación y Hospitalización de Niños y Adolescentes*" en lo que corresponde al Lote 1 "*Hospital de Día de Rehabilitación para niños y adolescentes de 3 a 14 años, con enfermedades del sistema nervioso, anomalías congénitas y/o trastornos mentales, de la Comunidad de Madrid.*"

La recurrente invoca la necesidad de reequilibrio económico por modificación unilateral del contrato por la Administración, si bien dicha modificación unilateral no resulta acreditada pues no puede estimarse probado que, como se alega, las unidades administrativas responsables de decretar el ingreso de pacientes no hayan podido o no hayan querido canalizar la demanda de atención sanitaria hacia el Centro, como tampoco la modulación arbitraria de tal demanda o la mala fe de la Administración impidiendo con sus acciones u omisiones, según invoca la recurrente, que el contrato surta los efectos previstos.

No puede, por tanto, considerarse acreditada la mala fe de la Administración demandada en lo relativo a la incorporación de pacientes al Centro, debiendo notarse que si bien señala la actora que la Consejería en modo alguno cumplió con el ingreso de pacientes en el número previsto, sin embargo los Pliegos contractuales no garantizan ni establecen un número mínimo o determinado de ingresos, sin que, por lo demás, pueda considerarse acreditado que el número de ingresos efectivamente producidos no se corresponda con la demanda real de tal asistencia conforme a los criterios médicos procedentes.

La lectura y examen de los Pliegos contractuales pone de manifiesto que la entidad adjudicataria asume que ha de disponer permanentemente y durante toda la vigencia del contrato de 230 plazas en régimen de Hospital de día, susceptibles de ser utilizadas en cualquier momento por los beneficiarios del Servicio Madrileño de Salud, durante los días lectivos correspondientes a cada año natural en la Comunidad de Madrid (excepto el 24 y 31 de diciembre).

Esto es, ha de disponer de dichas plazas, pero sin que en modo alguno se le garantice su total cobertura o un determinado grado de ocupación. Se establece que el número máximo de niños y adolescentes en tratamiento será de 230, pero no se fija ni prevé límite mínimo alguno.

Del mismo modo, y en línea con tales previsiones, la cláusula 29 del PCAP - Contraprestaciones económicas - prevé que *"El contratista tiene derecho a las contraprestaciones económicas convenidas, siendo el régimen económico el especificado en el apartado 22 de la cláusula 1 ; apartado 22 en el que se establece lo siguiente: " Forma de pago: Pago por mensualidades vencidas, en función de los servicios realmente prestados durante el mes natural. (...)"*.

Por lo tanto, es claro que la adjudicataria se obliga a disponer permanentemente y durante toda la vigencia del contrato de 230 plazas en régimen de Hospital de día, susceptibles de ser utilizadas en cualquier momento por los beneficiarios del Servicio Madrileño de Salud, durante los días ya reseñados, recibiendo como contraprestación económica el pago por mensualidades vencidas en función de los servicios realmente prestados durante el mes natural, lo que con claridad remite a las plazas efectivamente ocupadas durante dicho periodo mensual.

La asunción de los gastos correspondientes a la plena disponibilidad y mantenimiento constante de los recursos exigidos fue específicamente asumida por la recurrente al aceptar los Pliegos del contrato, como también aceptó el régimen económico antes señalado, esto es, el pago por los servicios efectivamente prestados, sin garantía de un número mínimo o determinado de pacientes. Por lo tanto, si la adjudicataria conocía tales previsiones, así como la reducción de pacientes en el nuevo contrato y lo ajustado de la contabilidad que de ello resultaría, no se puede sino concluir que dicha parte asumió tal riesgo, por lo que no puede ahora pretender obtener una compensación por unas previsiones que ella misma consintió libremente.

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

- **Recurso especial en materia de contratación interpuesto por Boyacá, S.L.U. contra el Acuerdo de la Mesa de contratación de 20 de octubre de 2017, por el que se excluye a la empresa recurrente en el procedimiento de contratación del servicio de transporte de analítica, correo interno y paquetería para la Gerencia de Atención Primaria de León.**

**Resolución 99/2017, de 14 de diciembre, del Tribunal Administrativo de Recursos Contractuales de Castilla y León.**

Cuando se exigen certificados acreditativos de la calidad, los órganos de contratación deben reconocer cualquier certificado expedido por organismos conformes a las normas europeas de certificación, aceptando incluso otras pruebas de medidas equivalentes de garantía de calidad que presenten los empresarios como señala el artículo 80.2 del TRLCSP.

Estos certificados pueden exigirse como un plus de solvencia, incluso en aquellos contratos en los que sea exigible la clasificación el certificado que presentó es el ISO 9001:2008, aplicable al *“transporte y distribución nacional y local de mercancías farmacéuticas y sanitarias no sujetas a control de temperatura, editoriales, documentación y paquetería, cargas parciales y completas, y servicios de valor añadido asociados”*.

El certificado ISO 9001 aportado por el recurrente en fase de recurso especial, distinto al aportado en la fase de licitación, que es idéntico en su contenido (en ambos coinciden tanto la fecha de certificación inicial como la de aprobación original y la de caducidad), pero con la omisión de la expresión “no sujetas a control de temperatura”, no puede ser objeto de valoración por este Tribunal.

El pliego requería la aportación de un certificado ISO 9001 para la recogida de muestras sanitarias, material sanitario y material biológico categoría 6.2 o equivalente; dicho certificado resulta proporcional y ajustado al objeto del contrato. Por otro lado, el apartado 2.1 del PPT señala:

*“La analítica será recogida en contenedores de muestra para el diagnóstico en el centro de salud y/o punto de extracción periférica correspondiente, en los días señalados, y transportadas al Servicio de Laboratorio del Complejo Asistencial Universitario de León*

*»Deben conservar la cadena del frío, utilizando los dispositivos de frío cuando las condiciones climatológicas lo requieran.*

*»Todas las rutas necesitan el seguimiento de las temperaturas a que son transportadas las muestras; para lo cual es necesario que cuenten con termómetro calibrado, por el organismo competente, incluido dentro de las neveras que analice durante las 24 horas la temperatura dentro de los recipientes secundarios, garantizando un estado óptimo de las muestras de sangre durante su transporte ” .*

De conformidad con el contenido del certificado presentado, la Mesa de contratación obró conforme a derecho al excluir al licitador.

**Texto completo:** [cccy.l.es](http://cccy.l.es)

- Recurso interpuesto por FRESENIUS MEDICAL CARE SERVICES MURCIA, S.L. (en adelante, “FRESENIUS MURCIA”), contra la Resolución de 4 de septiembre de 2017 de la Consejera de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalidad Valenciana que acuerda excluir a la mercantil FRESENIUS MURCIA del procedimiento contractual de adjudicación de los “servicios de tratamiento de enfermedad renal crónica avanzada mediante hemodiálisis en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

#### Recurso nº 981/2017 C. Valenciana 178/2017 Resolución nº 1036/2017

Los pliegos pueden prever que los contratistas, además de cumplir con los requisitos generales de solvencia y capacidad, tengan que comprometerse a adscribir determinados medios personales o materiales adicionales para la ejecución del contrato. La supervisión del cumplimiento de esta condición, dentro del procedimiento de adjudicación del contrato, distinguirá una doble fase: una primera, a la que alude el artículo 64.2 del TRLCSP, en la que los licitadores deberán comprometerse a realizar esa adscripción de medios en el momento oportuno, pero no será precisa la efectiva disponibilidad de los mismos y una segunda, la contemplada en el artículo 151.2 del TRLCSP, en la que el licitador que haya presentado la oferta económicamente más ventajosa contará con un plazo de diez días para demostrar que, ahora sí, dispone efectivamente de aquellos medios personales o materiales.

La discrepancia principal entre las partes comparecidas pasa por determinar si la estipulación incluida en el contrato de arrendamiento suscrito como arrendataria por FRESENIUS LEVANTE, en la que ésta quedaba autorizada para ceder el contrato a cualquier sociedad del grupo, que fue aportado dentro de plazo por la recurrente, acreditaba que FRESENIUS MURCIA disponía efectivamente de estos medios materiales en el momento en el que fue requerida para ello que FRESENIUS LEVANTE y FRESENIUS MURCIA forman parte del mismo grupo de sociedades y, por ello, están sujetas al control que caracteriza este tipo de uniones en nuestra legislación mercantil. Ahora bien, la mera existencia del grupo no puede servir para confundir la totalidad de relaciones jurídicas a las que se sujeta cada una de las personas jurídicas que lo conforman, ni para imputar voluntades no ejecutadas a una u otra sociedad, suponiendo que las decisiones de control se van a materializar de una forma concreta. Esto es, más allá de que es claro que FRESENIUS MURCIA no ha aportado en plazo el título de disponibilidad de los medios materiales exigidos.

**Texto completo:** [minhafp.gob.es](http://minhafp.gob.es)



### **III- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.**

- **Disciplinario y anulación de sanción por falta de motivación.**

**STSJ de Madrid núm. 653/2016 de 15 diciembre.**

Médico estatutario sancionado por firmar recetas de las que se benefició indebidamente para sí y para terceros. No obstante lo anterior, y aunque se trata de un hecho incontrovertido, el interesado considera vulnerado el principio de proporcionalidad, al no haberse acreditado la concurrencia de circunstancias que pudieran agravar la infracción cometida, pues se le impuso de las sanciones posibles, aquella que resultaba más gravosa. Según el recurrente, la Administración optó por imponer la sanción en su grado máximo (art. 73.1. c) del EM), a partir de una fundamentación jurídica que se basa en consideraciones genéricas.

La Sala comparte la argumentación del interesado y considera que las resoluciones administrativas adolecen de falta de motivación en el extremo relativo a la graduación de la sanción impuesta, *“pues sendas resoluciones se limitan a citar el Art. 73. 3 del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, a las circunstancias del caso y a la inexistencia de antecedentes disciplinarios, lo cual resulta manifiestamente insuficiente a efectos de motivar la graduación de las sanciones, pues no se especifican las circunstancias concretas del caso que llevan a imponer la sanción en una determinada extensión a la hora de graduar, lo cual no puede deducirse, sin más, de los hechos probados, ni por otro lado, subsanarse con motivo del recurso de apelación, pues la motivación ha de contenerse en la propia resolución sancionadora y en el apartado relativo a la graduación de la sanción para cumplir lo dispuesto en el Art. 54 de la Ley 30/92 , omisión que genera indefensión a la parte actora, la cual desconoce, en definitiva que circunstancias concretas han llevado a la Administración a la imposición de la sanción en tal extensión”*.

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

- **Anulación de sanción disciplinaria por indebida instrucción del expediente administrativo.**

**SJC-A nº 1 de Toledo nº 107 de 18 de abril de 2017.**

Se anula la sanción disciplinaria impuesta a una facultativa a la que se imputaba un beneficio indebido por la derivación de los pacientes a una ortodoncista privada en el marco de un procedimiento de cirugía ortognática.

En la sentencia se critica la indebida forma de instruir el expediente disciplinario:

a) Casi un mes después de haberse incoado el expediente disciplinario, la recurrente recibió copia del expediente en el que solo se encontraba la copia íntegra de la Información Reservada y el Acuerdo de incoación de expediente disciplinario.

b) La labor de instrucción fue prácticamente nula, dando por supuesto como instrucción del procedimiento lo actuado en la Información Reservada, a partir de la cual el instructor formuló pliego de cargos.



c) Ha existido una Información Reservada excesiva (más de 1300 folios) que se ha trasladado en bloque al expediente disciplinario convirtiéndose de hecho en una instrucción del expediente sancionador, sin respeto a las más elementales garantías de contradicción y defensa, cercenándose en la verdadera fase de instrucción, el derecho de la expedientada a su correcta y completa defensa mediante la coonestación de las declaraciones fundamentales.

d) Escasa/nula solidez de las afirmaciones inculpatorias. Según manifiesta la sentencia:

*“A nadie se le escapa que la apreciación de los elementos del grave tipo que se imputa y por el que sanciona, no puede construirse, después de una información reservada de más de 1.300 folios y del expediente subsiguiente, sobre un “puede haberlo obtenido” (el beneficio económico por prevalerse supuestamente de su condición de personal estatutario)...”*

#### **IV- SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

- La decisión del legislador estatal de integrar en el régimen jurídico estatutario a al colectivo de funcionarios sanitarios resulta legítima. Inconstitucionalidad de la disposición por la que se establece que personal opte por permanecer en activo en su situación actual, la Comunidad Autónoma debe adscribirlo a órganos administrativos que no pertenezcan a instituciones sanitarias públicas.

**STC núm. 183/2016 de 3 noviembre, Recurso de Inconstitucionalidad núm. 4530/2012.**

La STC se pronuncia sobre el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Consejo de Gobierno del Principado de Asturias contra el art. 10.4 del 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.

El impugnado art. 10.4 del Real Decreto-ley 16/2012 añade una disposición adicional, la decimosexta, a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud (estatuto marco, en lo sucesivo), según la cual:

*Los médicos, practicantes y matronas titulares de los servicios sanitarios locales que presten sus servicios como médicos generales, practicantes y matronas de los servicios de salud, y el resto del personal funcionario que preste sus servicios en instituciones sanitarias públicas, dispondrán hasta el 31 de diciembre de 2013 para integrarse en los servicios de salud como personal estatutario fijo, sin perjuicio de los derechos consolidados. A tal fin, las comunidades autónomas establecerán los procedimientos oportunos.*

*2. En caso de que este personal opte por permanecer en activo en su actual situación, en los cuerpos y escalas en los que ostenten la condición de personal funcionario, las comunidades autónomas adscribirán a este personal a órganos administrativos que no pertenezcan a las instituciones sanitarias públicas, conforme a las bases de los procesos de movilidad que, a tal fin, puedan articularse.»*

En definitiva, el RD-ley 16/2012 ha optado, ahora, por ordenar la integración de este tipo de personal en las administraciones sanitarias donde prestan servicios o bien, si los afectados optan por permanecer en su condición funcionarial, la Comunidad Autónoma deberá adscribirlos a órganos administrativos que no pertenezcan a instituciones sanitarias públicas.

El Letrado autonómico considera que el precepto, al disponer la integración del personal funcionario al servicio de las instituciones sanitarias públicas en el régimen estatutario, constituye materialmente un acto administrativo carente de regulación sustantiva, sin que esté justificada la extraordinaria y urgente necesidad que habilite para establecer esta medida mediante un Decreto-ley. Tampoco deja ningún margen de desarrollo a las Comunidades Autónomas, razón por lo que carecería de carácter básico vulnerando las competencias autonómicas en materia de sanidad y función pública.

El primero de los motivos se descarta por el TC para quién sí existía una situación de urgencia motivada por la situación de grave dificultad económica sin precedentes desde la creación del Sistema Nacional de Salud, invocando a tal efecto los argumentos ya recogidos en la STC 139/2016. Asimismo también existiría una conexión entre la situación y las medidas adoptadas, en concreto la que afecta al colectivo de los profesionales sanitarios locales, por cuanto con ella se busca reducir la diversidad de regulaciones del personal del Sistema Nacional de Salud, buscando una racionalización de los recursos humanos disponibles. Por ello podemos considerar que esta disposición guarda una relación directa o de congruencia con la situación que se trata de afrontar, en cuanto que persigue la unificación del régimen del personal con el objetivo de racionalizar el gasto destinado a esta finalidad.

Respecto a la posible vulneración del esquema constitucional de distribución de competencias Estado/CCAA, la Sala toma como eje central de sus deliberaciones el título competencial del art. 149.1.18 de la CE, de modo que la integración que se regula se inserta en la materia función pública, en cuanto afecta al régimen estatutario de los funcionarios públicos, lo que se subraya tanto por la condición funcionarial que ostenta el colectivo afectado, como porque la posibilidad para integrarse en los servicios de salud lo es como personal estatutario fijo.

Una vez dentro del estudio del alcance del mencionado título competencial, el TC desestima que la competencia autonómica prevista en el EA del Principado consistente en la “organización, régimen y funcionamiento de sus instituciones de autogobierno” pueda dar cabida conforme a la doctrina del TC a la organización de la respectiva Administración pública y el régimen estatutario de sus funcionarios.

Entrando en el contenido de la disposición adicional en disputa, el TC considera que la decisión del legislador estatal de integrar en el régimen jurídico estatutario a este colectivo de funcionarios sanitarios se enmarcaría dentro del proyecto de avanzar hacia la unificación del régimen de los funcionarios del sistema sanitario público, tal como se apuntaba en el ya mencionado art. 84 de la Ley 14/1986, así como en la disposición adicional quinta del EM.

Distinta es la conclusión a la que llega el máximo intérprete de la TC respecto del apartado 2 de la citada disposición adicional que dispone que, para el caso que este personal opte por permanecer en activo en su situación actual, la Comunidad Autónoma debe adscribirlo a órganos administrativos que no pertenezcan a instituciones sanitarias públicas, conforme a las bases de los procesos de movilidad que a estos efectos se puedan articular.

Este apartado sí que iría más allá de la competencia estatal de “*fijación de las bases*” al obligar a las Comunidades Autónomas, respecto de personal en activo integrado en su función pública, a adscribirlo a órganos administrativos con exclusión de otro destino alternativo como sería una posible adscripción a las instituciones sanitarias en las que venían prestando servicio. Como apunta el TC se trata, por tanto, de una regla que afecta intensamente a la organización y funcionamiento de los órganos administrativos autonómicos y a sus potestades para organizar su propio personal. De este modo *la Comunidad Autónoma se ve privada de todo margen de actuación, ya que carece de libertad no ya para decidir sobre la procedencia de la medida sino incluso para disponer lo oportuno respecto al destino del personal que no haya adquirido la condición de personal estatutario fijo conforme al apartado primero.*

**Texto completo:** [boe.es](http://boe.es)

## **V- LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL.**

- Ictus sufrido por una médico en el centro de trabajo cuando los primeros síntomas de la enfermedad aparecieron en el domicilio: no es accidente laboral.

**Tribunal Supremo, Sala de lo Social, Sentencia 366/2018, 4 Abr. Rec. 2191/2016.**

Nuestro Alto Tribunal estima el recurso interpuesto por el INSS, la TGSS y el Servicio Gallego de Salud, al entender que en el caso no concurre ninguno de los presupuestos que permitirían calificar el ictus sufrido como accidente de trabajo. Revoca así la sentencia del TSJ que sí dio la razón a la trabajadora, porque consideró que, aun cuando los primeros síntomas de la enfermedad aparecieron en el domicilio, luego remitieron hasta el punto de permitirle ir al trabajo y fue allí donde volvió a sentirse mal, teniendo entonces que ausentarse.

Pone el acento la sentencia en que el episodio comienza fuera del lugar y tiempo de trabajo, y subraya que solo el hecho de la posterior incorporación al centro de trabajo en nada afectó al devenir de la enfermedad. Y es que fue en el domicilio, en el momento de levantarse, cuando comenzaron los síntomas al notar la trabajadora pérdida de fuerza en las piernas, más en la izquierda, con caída al suelo y, dificultad para hablar, torciéndosele la cara. Precisamente por su profesión de médico debería la trabajadora haber sospechado que lo que le estaba sucediendo era un posible accidente vascular, y debería haber llamado entonces a urgencias, en lugar de, imprudentemente, incorporarse a su centro de trabajo, donde no llegó a realizar trabajo alguno. De hecho, tuvo que regresar a su casa por encontrarse mal, desde donde llamó 061 que la trasladó a un centro hospitalario que la diagnosticó de embolia cerebral con infarto cerebral.

Aparecidos los síntomas de forma súbita en el domicilio, la posterior incorporación al lugar de trabajo -que no a las labores propias de su trabajo-, supone una ruptura del necesario nexo causal entre la enfermedad y el trabajo. Al no llegar a desarrollar la trabajadora ningún trabajo, no puede situarse el origen o causa del ictus en el ámbito laboral.

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

- Extinción cautelar de la prestación económica por IT por no justificar de forma motivada la incomparecencia al reconocimiento médico.

**Sentencia TSJ de Galicia núm. 2679/2017 de 15 mayo.**

La cuestión radica en determinar si es ajustada a derecho la actuación de la mutua patronal que dictó resolución por la que se acordó la extinción cautelar de la prestación económica por IT por no justificar de forma motivada la incomparecencia al reconocimiento médico. La paciente se negó a ser reconocida al no ser permitida la entrada a su esposo. De su historial se desprende que la paciente está sometida a control familiar severo con mala relación entre marido y médico en diferentes controles con otros compañeros interfiriendo el acompañante en el desarrollo de la consulta, por lo que no se autorizó el acompañamiento.

La Sala ratifica la decisión judicial recurrida recordando que es facultad de la Mutua extinguir el subsidio de la incapacidad temporal ante la incomparecencia injustificada del beneficiario a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos de sus servicios médicos adscritos, conforme resulta del artículo 131 bis LGSS en la redacción dada por la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, cuya consecuencia es la extinción del derecho al subsidio. En este caso no se justificó de forma motivada la incomparecencia al reconocimiento.

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

## **VI- RESPONSABILIDAD SANITARIA.**

- La omisión del nombre del facultativo y el hecho de que se trate de formularios de consentimiento informado no impide para que los consentimientos tengan pleno efecto.

**Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, de 26 de diciembre de 2017, num. 335.**

El TSJ de Castilla-La Mancha, ha declarado respecto de un paciente diagnosticado de Síndrome de Wolf Parkinsonwhite, con colecistitis aguda en el seno de una coledocistitis sin colestasis, que el hecho de que se trate de formularios de CI no impide para que los consentimientos informados tengan pleno efecto, ya que lo más relevante es que el paciente tenga conocimiento de la operación que se le va a efectuar, y sus posibles riesgos para poder decidir libremente someterse a la misma.

Del mismo modo resta toda importancia la omisión del nombre del facultativo en el consentimiento, *“toda vez que no es un requisito legal y la finalidad del mencionado consentimiento se cumplió en cuanto el paciente pudo ejercitar con la información de la que disponía de su derecho de autodeterminación y por tanto elegir entre las distintas opciones disponibles que en el documento de CI “.*

Asimismo la Sala efectúa un repaso de los criterios que deben ser tenidos en cuenta tanto para modular el alcance y extensión del deber de información, como respecto de la validez del documento de consentimiento informado.

Así, afirma que *“Existen distintos factores o criterios objetivos que deben ser considerados a la hora de determinar el contenido del deber de información del médico, entre los que deben evaluarse los siguientes: la urgencia del caso, la necesidad del tratamiento, la peligrosidad de la intervención, la novedad del tratamiento, la gravedad de la enfermedad y la posible renuncia del paciente a recibir información. Es obvio que cuanto más urgente sea una intervención, menor será el caudal informativo exigible al médico. Por el contrario, cuanto más novedosa y peligrosa sea una actuación médica, o más grave una enfermedad, mayor será la exigencia de la información facilitada al paciente. Por último, es importante destacar que cuanto menos necesaria sea una intervención, mayor rigor resultará exigible en la información que se facilite al paciente, lo que se evidencia, de forma muy especial, cuando se trata de intervenciones propias de la cirugía estética, en las que el cirujano debe advertir a su cliente de todos los riesgos sin excepción, incluso los mínimos*

En cuanto a la validez del consentimiento informado emitido, *no toda “hoja de autorización de diagnóstico y tratamiento” debe considerarse aceptable, algunas presentan un contenido en exceso genérico, que pretenden vincular a cualquier tratamiento, exploración o intervención a cualquier resultado dañoso y exonerar de responsabilidad al personal sanitario, lo cual evidentemente tampoco es de recibo y así lo ha puesto de manifiesto algún pronunciamiento judicial [SSTS 9 de noviembre de 2005 y 18 de junio de 2004. La información debe ser detallada y precisa sobre todo en lo que se refiere a posibles resultados adversos aunque sean poco probables o frecuentes, de forma que permita al paciente decidir de forma autónoma sobre el sometimiento a una intervención o de un tratamiento [STS 30 de septiembre de 2011]*

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

- No cabe imputar a la paciente haber referido u omitido la asistencia recibida en urgencias, por tratarse de persona no especialista en la materia, a la que no cabe exigir que valore adecuadamente su trascendencia.

Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de Sevilla, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 4ª, Sentencia de 24 Mayo 2017, Rec. 236/2017.

Paciente de 58 años fallecida a resultas de las complicaciones surgidas tras ser intervenida de una hernia umbilical, que derivó dos días después en un tromboembolismo agudo de pulmón de consecuencias fatales motivado por la ausencia de administración de profilaxis antitrombótica en la fase posterior a la intervención quirúrgica. Lo relevantes es que la paciente ya había sufrido un episodio de flebitis por el que fue asistida en el Servicio de Urgencias del mismo Hospital, lo que la convertía en paciente de riesgo. Sin embargo la realidad es que hubo una descoordinación entre los servicios del propio hospital: *entre el Servicio de Urgencias del Hospital Infanta Margarita de Cabra que atendió a la Sra. Adela el 22 de septiembre de 2002 y su Servicio de Cirugía General y Digestiva del mismo, y que tuvo como resultado no incorporar a la historia clínica de la fallecida el episodio de flebitis ya mencionado. Teniendo este hecho su explicación en la decisión adoptada en el año 1993 por la Comisión de Historias Clínicas del centro hospitalario de no incluir en las historias clínicas los registros de incidencias terminadas sin hospitalización del paciente, el recurso de apelación entiende que no infringe la normativa aplicable.*

Defiende el SAS que la paciente recibió una correcta información asistencial, siendo preguntada, con carácter previo a la intervención, si había padecido algún antecedente desde el estudio preoperatorio, contestando negativamente.

*“Cierto es que en la hoja de registro de anestesia fechada el 19 de octubre de 2002 se anota que la paciente no refiere antecedentes desde el preoperatorio, pero la interpretación de este dato – o del hecho de que firmara un documento expresando en consentimiento informado previo al tratamiento quirúrgico de la hernia en el que se le indicaba la necesidad de advertir incidencias como posibles alteraciones en la coagulación – en el sentido que pretende el SAS solo sería posible, de tener el Tribunal convicción plena de que, efectivamente, la fallecida era capaz de valorar la gravedad y trascendencia de su flebitis.*

*Como acertadamente expone la sentencia recurrida, no cabe imputar a la paciente haber referido u omitido la asistencia recibida en urgencias, por tratarse de persona no especialista en la materia, a la que no cabe exigir que valore adecuadamente su trascendencia.”*

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

- Indemnización por demora de 11 meses en la realización de mamografía a una paciente con antecedentes de cáncer de mama.

Tribunal Superior de Justicia de Asturias, (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª) Sentencia núm. 67/2018 de 30 enero.

La paciente de 55 años de edad en la fecha de los hechos, presentaba los siguientes antecedentes familiares: su madre, cáncer de ovarios, dos hermanas y una tercera durante el proceso, cáncer de mama y dos tías maternas, cáncer de mama, una de ellas, bilateral.

La recurrente realizó la última mamografía el 7-11-2012 que fue informada como normal. La anterior mamografía fue realizada el 22-11-2010, que también fue informada como normal.

El día 5-4-2013 la recurrente acudió a su Médico de Cabecera por un pequeño bulto de grasa en la axila, desplazable y móvil que no impresionaba adenopatía, siendo citada a revisión en 10 días, pero la paciente no volvió a consultar.

El día 22-11-2013 solicitó una mamografía que fue realizada el 24-10-2014, siendo clasificada como BIRADS 6 con lesión multifocal, realizándose ecografía y siendo diagnosticado un carcinoma infiltrante en estadio II B, siendo intervenida quirúrgicamente el 27-11-2014 de una mastectomía radical izquierda más vaciamiento axilar y posteriormente radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia.

Hubo un retraso de once meses, realizándose una ecografía y siéndole diagnosticado un carcinoma infiltrante en estadio II B e intervenida quirúrgicamente el 27-11-2014 de una mastectomía radical izquierda más vaciamiento axilar, pues como también se ha puesto de manifiesto por el perito al minuto 6,25 el diagnóstico cuanto más precoz mejor. Ahora bien, en ese escenario de incertidumbre también es lo cierto que no existe concreción del alcance que se haya podido producir en ese lapso de tiempo en este caso concreto, en que los peritos hablan en términos de probabilidad y de hipótesis, respectivamente, por lo que solamente debemos acoger el derecho a la indemnización derivada de la citada pérdida de oportunidad, esto es, una dimensión del daño moral ocasionado por frustración del derecho a conocer los riesgos y actuar en consecuencia.

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



## VII- PRESTACIONES SANITARIAS.

- Facturación de asistencia sanitaria prestada a ciudadano holandés como paciente privado como titular de seguro privado. No aportación de la tarjeta sanitaria europea.

Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª) Sentencia núm. 209/2018 de 11 abril.

Entre el 29 de agosto y el 6 de septiembre de 2010, se prestaron servicios médicos al paciente Lucio, de nacionalidad holandesa, en el hospital de Denia, gestionado por la empresa Gestitursa Levante S.L. (en adelante, Gestitursa). Tales servicios dieron lugar a una factura por importe de 43.428,15.

El Sr. Lucio tenía concertado en esas fechas un seguro privado con la compañía holandesa de seguros médicos Menzis, representada en España por ANWB Real Touring Club de los Países Bajos (en adelante, ANWB).

Gemitursa formuló una demanda contra ANWB, en la que solicitaba que se la condenara al pago de 19.718,13 € (diferencia entre el total facturado y la cantidad abonada extrajudicialmente por la demandada, 21.149,34 €), más sus intereses legales.

La compañía de seguros se opuso, al considerar que su cobertura era de carácter público, equivalente a la del sistema sanitario holandés, por lo que únicamente debía abonar el precio correspondiente a las tarifas públicas.

Junto a la cobertura por un régimen sanitario público, debe tenerse en cuenta que un extranjero puede estar cubierto por una póliza de seguro de asistencia sanitaria, obligatorio o voluntario, como sucedió en este caso, en que el Sr. Lucio fue atendido en función de un seguro de viaje. Es decir, el título en que basó la prestación sanitaria que se le prestó no fue la TSE, sino el seguro de viaje. En cuyo supuesto, y dado que los servicios se prestaron en España, se aplica la legislación española, por lo que debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el art. 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril (RCL 1986, 1316), General de Sanidad, conforme al cual:

*«Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes.*

*»A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados».*

Previsión legal que, en caso de existencia de un seguro de asistencia sanitaria, ha de ser puesta en relación con el art. 105 de la Ley de Contrato de Seguro, que establece que:



«Cuando el riesgo asegurado sea la enfermedad, el asegurador podrá obligarse, dentro de los límites de la póliza, en caso de siniestro, al pago de ciertas sumas y de los gastos de asistencia médica y farmacéutica. Si el asegurador asume directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos, la realización de tales servicios se efectuará dentro de los límites y condiciones que las disposiciones reglamentarias determinan».

Según la propia declaración de hechos probados contenida en la sentencia recurrida, el Sr. Lucio no presentó en ningún momento en el hospital la tarjeta sanitaria europea (TSE); no acudió al hospital como usuario de la red pública de la seguridad social, sino como un paciente privado; y desde el primer momento manifestó que tenía una póliza de seguro médico.

En consecuencia, en contra de lo concluido por la Audiencia Provincial, no cabe considerar que el Sr. Lucio recibiera la prestación sanitaria en el ámbito del sistema de cobertura público europeo, sino que, por el contrario, acudió al hospital como paciente privado, amparado por una póliza de seguro sanitario privada.

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

### **VIII- DATOS PERSONALES.**

- SEDISA presenta la hoja de ruta para adaptar las organizaciones sanitarias al Reglamento General Europeo de Protección de Datos.

**Texto completo:** [sedisa.net](http://sedisa.net)

### **IX- PROFESIONES SANITARIAS.**

- No es equiparable el período de formación para obtener la especialidad con el ejercicio profesional de la medicina.

**Tribunal Superior de Justicia de Extremadura, (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª). Sentencia núm. 35/2018 de 20 febrero.**

El recurso de apelación se basa en que el período de formación MIR debe computarse en el procedimiento de provisión de puestos de trabajo. Sin embargo, corresponde al SES el determinar los méritos que deben ser objeto de valoración. En este caso, el no valorar el período de formación MIR no implica la existencia de un trato discriminatorio al no existir, como decimos, un término de comparación adecuado y homogéneo. No es equiparable el período de formación para obtener la especialidad con el ejercicio profesional de la medicina. Por ello, el valorar de distinta manera estas situaciones diferentes por parte del SES se encuentra dentro del ámbito de la discrecionalidad técnica cuyo único límite es la arbitrariedad, que no concurre en el supuesto enjuiciado.

No existe vulneración del artículo 37.2 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en las bases del concurso aprobado por la Administración. La sentencia del TSJ de Extremadura de fecha 24-11-2015, nº de Recurso: 155/2015, nº de Resolución: 203/2015, establecía que los MIR no ostentan durante el periodo formativo una especialidad o categoría, puesto que la misma no aparece incluida en la Resolución de 2 de febrero de 2010, de la Dirección Gerencia, por la que se aprueba la estructura funcional de la plantilla del personal estatutario del SES.

Asimismo la Sentencia añade que el régimen jurídico de derechos y deberes que contempla el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, se deduce el carácter claramente formativo del período de residencia, destacando que el derecho a ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad se desarrollará con un nivel progresivo de responsabilidad a medida que se avance en el programa formativo.

En idéntico sentido se pronuncia la sentencia del TSJ de Andalucía, Sala de Sevilla, de fecha 11-4-2012, Nº de Recurso: 644/2011 , Nº de Resolución: 401/2012.

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

# 5.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

## I.- Bibliografía

### DERECHO SANITARIO.

- Estudio Médico-Legal sobre el daño desproporcionado en la Sanidad Pública Española.

Fernando Fonseca Ferrandis - ISBN13: 9788491777694

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

### GESTIÓN SANITARIA

- La gobernanza de la salud pública. Excelencia o ideología.

Editorial: Editorial Almuzara - ISBN:9788417229252

*Más información:* [agapea.com](http://agapea.com)

## II.- Formación

### DERECHO SANITARIO.

- Curso de Derecho Sanitario. Calidad y Seguridad del Paciente.

Curso 27 de septiembre 2018 en Madrid.

*Más información:* [fidisp.org](http://fidisp.org)

### SEGURIDAD SOCIAL.

- Experto Universitario en Seguridad Social.

Del 07 de noviembre de 2018 al 31 de marzo de 2019.

*Más información:* [mailchi.mp](http://mailchi.mp)

### GESTIÓN SANITARIA.

- Diploma de especialización en alta dirección y administración de servicios y unidades de enfermería (ON-LINE).

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

# -NOTICIAS-

- El médico acusado de ver la historia clínica de un rival alega que lo hizo «*por curiosidad*».

Explicó que solo quería saber si el denunciante estaba de baja.

**Fuente:** [lavozdegalicia.es](http://lavozdegalicia.es)

- Un samaritano explica por qué donó su riñón a un desconocido.

Su generoso gesto permitió que se realizaran cuatro trasplantes.

**Fuente:** [lavanguardia.com](http://lavanguardia.com)

- Vientres de alquiler o gestación subrogada: las claves de un debate enquistado que emerge cada poco.

**Fuente:** [eldiario.es](http://eldiario.es)

- Así se construye uno de los cuatro hospitales más sostenibles del planeta.

Fraternidad-Muprespa prevé inaugurar en 2018 un centro especializado en traumatología que aspira a ser el hospital más sostenible de Europa, y uno de los cuatro del mundo.

**Fuente:** [elpais.com](http://elpais.com)

- Suspendida una doctora por burlarse de un paciente que sufría un ataque de ansiedad.

Una médica de urgencias que menospreció a un paciente que tenía un ataque de ansiedad y le acusó de querer narcóticos ha sido suspendida después de que se difundiera el vídeo del encuentro en Facebook., según informa CBS.

**Fuente:** [abc.es](http://abc.es)

- Más de 450 ancianos murieron en un hospital británico al suministrarles altas dosis de opiáceos sin justificación.

Una investigación independiente destapa que la "*práctica institucionalizada*" se llevó a cabo en el centro público entre 1989 y 2000.

**Fuente:** [elpais.com](http://elpais.com)

- **El copago cargó sobre las familias españolas gastos sanitarios públicos sin disuadir del consumo.**

Los expertos en economía de la salud han recordado este miércoles que el copago sanitario (aumentos de la parte del gasto que se carga sobre el paciente en lugar de sobre la administración) cargó sobre las familias gastos sanitarios públicos sin disuadir del consumo.

*Fuente:* [elmundo.es](http://elmundo.es)

- **El Defensor del Pueblo investiga las necesidades de atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud.**

*Fuente:* [defensordelpueblo.es](http://defensordelpueblo.es)

- **Gestación subrogada: ¿derechos o negocio?.**

*Fuente:* [eldiario.es](http://eldiario.es)

# **-BIOETICA Y SANIDAD-**

## **1- CUESTIONES DE INTERES**

- **Nota de prensa SESPAS. SESPAS pide al nuevo Gobierno acciones específicas para la mejora de la salud de la población y el buen gobierno de la salud. 2018.**

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, entre las propuestas que traslada al Gobierno de la Nación, incluye la vuelta a la senda de la universalización de la salud recuperando la cobertura universal de nuestro Sistema Nacional de Salud, así como el desarrollo de una estrategia nacional de reducción de desigualdades en salud.

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

- **Nueva declaración sobre la universalización de la asistencia sanitaria. Comité de Bioética de Cataluña. Junio 2018.**

El CBC insta al Gobierno de la Nación a que derogue el RD-Ley 16/2012, y retorne a la asistencia sanitaria universal.

*Más información:* [comitebioetica.cat](http://comitebioetica.cat)

- **Bioética y salud pública. Revista Iberoamericana de Bioética. 2018.**

En este artículo se revisa la evolución de la bioética que en un principio focalizó su interés en problemas individuales de autonomía y los dilemas del uso de la alta tecnología en medicina, hasta la presente situación en que centra su atención en los graves problemas poblacionales de la salud colectiva. Se proponen los aspectos éticos que deben considerarse en todas las acciones de salud pública, centrándose en la equidad, la justicia y el derecho a la salud, teniendo en cuenta los 18 principios y temas de la bioética enunciados en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO.

*Más información:* [revistas.upcomillas.es](http://revistas.upcomillas.es)

- **Salud pública y nuevos derechos individuales a la salud: entre la utopía y la realidad. Revista Iberoamericana de Bioética. 2018.**

La autonomía es esencial en el ejercicio de la responsabilidad y la capacidad reconocida al usuario en los nuevos derechos de salud. El objetivo es analizar cuál puede ser la influencia del empoderamiento de la autonomía, favorecida por los nuevos derechos sanitarios, en la autorresponsabilidad de profesionales y usuarios ante los problemas de salud pública. Es necesario lograr el autocuidado de los usuarios fomentando sus valores gracias al compromiso de los profesionales como “empoderadores” de los pacientes, además de con mayores cotas de educación en salud y con una ética de la ciudadanía en el uso de los recursos públicos.

**Más información:** [revistas.upcomillas.es](http://revistas.upcomillas.es)

- **¿Debemos revisar el concepto de muerte? Debate sobre el estado vegetativo persistente y la muerte cerebral. Fundación Grifols.**

Por lo general, el debate sobre la muerte en el ámbito de la bioética, lo polariza la cuestión de la eutanasia. Es un ejemplo más de la centralidad que ha ido adquiriendo la autonomía del sujeto en las decisiones sobre el final de la vida. Menos atención ha merecido la pregunta relativa a la definición de muerte. Una pregunta primordial ya que los criterios que permiten afirmar con seguridad que la muerte se ha producido no están exentos de discusión. La identificación de la muerte encefálica como muerte del individuo ocasionó un amplio debate médico-filosófico en los años sesenta. Y aún cuando no se cuestiona del todo dicha identificación, el desarrollo de las investigaciones sobre neuroimagen y el mayor conocimiento de los trastornos de la conciencia humana inducen a plantear nuevos interrogantes de carácter clínico y ético.

**Más información:** [fundaciongrifols.org](http://fundaciongrifols.org)

## **2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.**

### **I.- Bibliografía**

Violencia de género, aspectos éticos en la atención primaria.

Autor: Rosendo Bugarín González.

*Más información:* [dykinson.com](http://dykinson.com)

### **II.- Formación**

- Diploma de especialización en derechos de las personas en los cuidados sociosanitarios. aspectos bioéticos y legales (ON-LINE).

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