



SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 161 OCTUBRE 2018.
Editado por la Secretaría General del Sescam.
ISSN 2445-3994

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

I.- INICIATIVAS LEGISLATIVAS:

3

II.- ESTATAL:

3

III.-AUTONÓMICA:

4

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

- REAL DECRETO 1302/2018, DE 22 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE MODIFICA EL REAL DECRETO 954/2015, DE 23 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE USO HUMANO POR PARTE DE LOS ENFERMEROS.

9

- PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.

12

3.- SENTENCIAS PARA DEBATE:

- NO SON ENTIDADES GESTORAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, QUE GOCEN DEL BENEFICIO DE JUSTICIA GRATUITA, LAS ENTIDADES PÚBLICAS DE DERECHO PRIVADO Y DEMÁS ORGANISMOS ADMINISTRATIVOS CREADOS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES QUE SU PERTENENCIA AL SERVICIO NACIONAL DE SALUD LES IMPONE.

14

- LA ENFERMERÍA NO PUEDE ASUMIR FUNCIONES DE DIRECCIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA.

15

4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS

I- RECURSOS HUMANOS.	17
II- CONTRATACIÓN PÚBLICA.	23
III- PROFESIONES SANITARIAS.	25
IV- DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL.	26
V- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.	28
VI- PRESTACIONES SANITARIAS.	28
VII- SALUD LABORAL.	30
VIII- MEDICAMENTOS.	31
IX- REINTEGRO DE GASTOS SANITARIOS.	31
X- RESPONSABILIDAD SANITARIA.	33
XI- SISTEMA NACIONAL DE SALUD.	33

5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 35

-NOTICIAS-

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante los meses de OCTUBRE de 2018 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética. 37

-BIOÉTICA y SANIDAD-

1.- CUESTIONES DE INTERÉS. 39

2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 41

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I. INICIATIVAS LEGISLATIVAS.

- Proyecto de Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (anteriormente denominado Proyecto de Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal).

[Congreso.es](#)

- Proposición de Ley Orgánica para la modificación de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, de Régimen Electoral General, para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad.

[Congreso.es](#)

II- ESTATAL.

- Real Decreto 1302/2018 de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015 de 23 de octubre por el que se regula la indicación uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

[B.O.E. de 23 de octubre de 2018](#)

- Orden PCI/1157/2018, de 31 de octubre, por la que se modifica la Orden SSI/889/2017, de 15 de septiembre, por la que se crean los Premios "Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos" y se establecen las bases reguladoras para la concesión de los mismos.

[B.O.E. de 02 de noviembre de 2018](#)

- Instrucción de 23 de octubre de 2018, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre cambio de nombre en el Registro Civil de personas transexuales.

[B.O.E. de 24 de octubre de 2018](#)

- Resolución de 18 de septiembre de 2018, de la Subsecretaría, por la que se adaptan determinadas características de la sede electrónica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

[B.O.E. de 03 de octubre de 2018](#)

- Resolución de 29 de octubre de 2018, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, por la que se establece la relación de medicamentos homeopáticos para los que se ha comunicado la intención de adecuación al Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, se fija el calendario para presentar la solicitud de autorización de comercialización, y se ordena la retirada del mercado de determinados medicamentos homeopáticos.

[B.O.E. de 30 de octubre de 2018](#)

III- LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

EXTREMADURA

- Orden de 9 de octubre de 2018 por la que se establecen los criterios de actuación en los procesos electorales a órganos de representación del personal al servicio de la Junta de Extremadura y se aprueban las instrucciones sobre los permisos de los empleados públicos.

[doe.gobex.es](#)

- Orden de 14 de septiembre 2018 Crea y regula el sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura

[doe.gobex.es](#)

ARAGON

- Orden SAN/1540/2018, de 10 de septiembre Modifica la Orden de 22-3-2004 (LARG 2004\361), sobre ayudas por gastos de desplazamiento, manutención y hospedaje para pacientes de la Comunidad Autónoma de Aragón.

[boa.aragon.es](#)

VALENCIA

- DECRETO 188/2018, de 19 de octubre, del Consell, por el que se regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para su prestación.

[dogv.gva.es](#)

- Acuerdo de 26 de octubre de 2018, del Consell, sobre el programa especial de productividad para la reducción de la demora asistencial en el sistema valenciano de salud en 2018.

[dogv.gva.es](#)

ASTURIAS

- Decreto 65/2018, de 17 de octubre, de primera modificación del Decreto 87/2009, de 29 de julio, por el que se establecen los precios públicos a aplicar por el Servicio de Salud del Principado de Asturias por la prestación de servicios sanitarios.

sede.asturias.es

- Decreto 60/2018, de 26 de septiembre, de segunda modificación del Decreto 167/2015, de 16 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los órganos de dirección y gestión del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

sede.asturias.es

- Decreto 59/2018, de 26 de septiembre, sobre garantía de tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del servicio de salud del Principado de Asturias, información sobre listas de espera y registro de demanda asistencial del Principado de Asturias.

sede.asturias.es

CASTILLA LA MANCHA

- Orden 144/2018, de 25 de septiembre, de la Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas, por la que se crea el sello electrónico del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam). [2018/11481]

docm.jccm.es

ANDALUCÍA

- Resolución de 20 de septiembre de 2018, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la cual se aprueban nuevos modelos normalizados de convenios para regular las relaciones entre los centros y entidades del sistema sanitario público de Andalucía y entidades asociativas sin ánimo de lucro en materia de participación ciudadana en los mismos.

juntadeandalucia.es/boja

CATALUÑA

- Orden SLT/161/2018, de 1 de octubre, por la que se establecen las tarifas máximas para el año 2018 de los servicios de atención integral a la acondroplasia, otras displasias y trastornos del crecimiento que contrate el Servicio Catalán de la Salud.

portaldogc.gencat.cat

- Orden SLT/165/2018, de 1 de octubre, por la que se determinan para el año 2018 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

portaldogc.gencat.cat

- Orden SLT/162/2018, de 1 de octubre, por la que se determinan, para el año 2018, la cápita media correspondiente al sistema de contraprestación de la atención especializada familiar y comunitaria y de salud pública en el ámbito de la atención primaria.

portaldogc.gencat.cat

- Orden SLT/160/2018, de 1 de octubre, por la que se modifican las tarifas máximas de los servicios de transporte sanitario no urgente que convenga o contrate el Servicio Catalán de la Salud, establecidas por la Orden SLT/90/2018, de 22 de junio.

portaldogc.gencat.cat

CANTABRIA

- Ordena la publicación del Acuerdo por el que regula la prestación de servicios en jornadas ordinarias de 12 y de 24 horas por parte del personal facultativo de los Servicios de Urgencias de Atención Especializada en el ámbito del Servicio Cántabro de Salud.

boc.cantabria.es

MURCIA

- Decreto 204/2018, de 10 de octubre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de interés sanitario de actos de carácter científico-sanitario que se celebren en la Región de Murcia.

www.borm.es

- Ordena la publicación del acuerdo del Consejo de Administración del Ente, por el que aprueba las directrices para la definición e implantación del régimen, organización y funcionamiento de un sistema propio de control de la gestión en el Servicio Murciano de Salud (SPCG-SMS) y ordena su implantación.

www.borm.es

NAVARRA

- Decreto Foral 83/2018, de 3 de octubre, por el que se deroga el Decreto Foral 212/2001, de 30 de julio, por el que se regulan las dietas por desplazamiento, hospedaje y manutención para los pacientes del Servicio Navarro de Salud que sean derivados a otras Comunidades Autónomas para recibir asistencia sanitaria.

www.navarra.es

- Orden Foral 419E/2018, de 4 de octubre, del Consejero de Salud, por la que se establece el régimen de ayudas por gastos de desplazamiento, alojamiento y manutención para pacientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que se deriven fuera de la Comunidad Foral de Navarra para recibir asistencia sanitaria.

www.navarra.es

CASTILLA Y LEÓN

- Decreto 45/2018, de 18 de octubre, por el que se desconcentran competencias en los órganos directivos centrales de la Consejería de Sanidad y en las Delegaciones Territoriales de la Junta de Castilla y León.

bocyl.jcyl.es

- Orden SAN/1074/2018, de 8 de octubre, por la que se dispone la vacunación de la población de la Comunidad de Castilla y León frente a la gripe y el neumococo.

bocyl.jcyl.es

- Orden SAN/1097/2018, de 1 de octubre, por la que se fija el número máximo de nombramientos de personal emérito en los centros e instituciones sanitarias de Castilla y León, correspondientes al año 2019.

bocyl.jcyl.es

CANARIAS

- Ley 3/2018, de 9 de octubre, de creación del Colegio Profesional de Logopedas de Canarias.

boe.es

- Modifica la Orden de 23-5-2017 (LCAN 2017\196), que establece el modelo de la Tarjeta Sanitaria Individual que deberá emitir el Servicio Canario de la Salud.

www.gobiernodecanarias.org/boc

- Instrucción nº 12/2018, de 13 de octubre, del Director, por la que se adoptan medidas para facilitar la accesibilidad y acompañamiento (AA) necesarios para prestar una asistencia sanitaria adecuada a sus necesidades a colectivos con dificultades especiales.

www.gobiernodecanarias.org/boc

BALEARES

- Decreto 31/2018, de 19 de octubre, de garantía de los plazos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada programada y no urgente en el Servicio de Salud de las Illes Balears.

www.caib.es

PAÍS VASCO

- DECRETO 146/2018, de 16 de octubre, de creación del banco de leche humana donada de Euskadi y de establecimiento de los requisitos para la captación, extracción, procesamiento, distribución y administración de leche materna para uso del propio hijo o hija y para su donación.

www.euskadi.eus

GALICIA

- Decreto 136/2018, de 4 de octubre, Crea e regula o Sistema de información dos diagnósticos de infección polo virus de inmunodeficiencia humana de Galicia (SIDIVIHG)

www.xunta.gal

- ORDEN de 16 de octubre de 2018 por la que se regula la composición y el régimen de funcionamiento de los consejos asesores de pacientes de área.

www.xunta.gal

- RESOLUCIÓN de 17 de octubre de 2018, de la Dirección General de Recursos Humanos, por la que se dispone la publicación del acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de fecha 16 de octubre de 2018, de modificación del pacto sobre selección de personal estatutario temporal del Sistema público de salud de Galicia.

www.xunta.gal

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

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

- **REAL DECRETO 1302/2018, DE 22 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE MODIFICA EL REAL DECRETO 954/2015, DE 23 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA INDICACIÓN, USO Y AUTORIZACIÓN DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE USO HUMANO POR PARTE DE LOS ENFERMEROS.**

El Boletín Oficial del Estado de 23 de octubre de 2018 ha publicado el Real Decreto 1302/2018 de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015 de 23 de octubre por el que se regula la indicación uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

PRIMERO.- FUNCIONES QUE CORRESPONDE ASUMIR A LAS CCAA.

Por su repercusión en el ámbito competencial de autonómico merece especial atención el hecho de que el citado Reglamento atribuya a las CCAA la emisión de la “acreditación”, que como ya estableciera el vigente Texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento, constituye un requisito imprescindible para que la enfermería pueda colaborar en la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos de uso humano sujetos a prescripción médica. En este sentido se pronuncian los siguientes preceptos del RD de 2015 en la redacción dada por el RD 1302/2018: a) el artículo 2.2, b) artículo 3.2 y el art. 8.1 de la mencionada disposición normativa objeto de comentario.

Asimismo destacar que no solo corresponde a las CCAA la emisión de la acreditación, sino que el artículo 10 atribuye a las administraciones sanitarias autonómicas la regulación del procedimiento a seguir para dicha acreditación de las enfermeras y enfermeros.

Por tanto, dos son las competencias directas que el Real Decreto de 2018 atribuye a las CCAA:

- 1.- La regulación del procedimiento para la acreditación enfermera.
- 2.- La emisión de la acreditación.

A lo anterior habría que sumar la previsión recogida en el artículo 9, que en relación con el requisito de superación de un posible curso de adaptación para que la enfermería pueda obtener la requerida acreditación, establece que dicho curso “deberá ser ofrecido por la Administración sanitaria” y además “de forma gratuita”.

SEGUNDO.- LA PRESCRIPCIÓN COLABORATIVA.

Por lo que se refiere al contenido del reglamento, el aspecto más relevante sin duda alguna, lo constituye la nueva redacción del artículo 3. Se elimina por completo la “*tutela médica*” que preveía el reglamento del año 2015 tanto en la fase inicial, a través del diagnóstico y prescripción de fármacos por parte del facultativo, cómo con posterioridad, una vez instaurado el tratamiento, a través de su seguimiento. De este modo la actuación profesional de la enfermería queda ligada exclusivamente a lo dispuesto en los correspondientes protocolos y guías de práctica clínica.

Según manifiesta el actual artículo 3, dichos protocolos deberán contener “*necesariamente aquellos supuestos específicos en los que se precisa la validación médica previa a la indicación enfermera*”. Así pues, a sensu contrario, parece dar a entender que en dichos protocolos podrían existir otros supuestos distintos en los que no sería precisa dicha “*validación*” para que pueda llevarse a cabo la indicación enfermera respecto de medicamentos sujetos a prescripción médica. En tal caso habría que identificar cuáles serían esas otras situaciones en las que no sería precisa dicha “*validación*”, sin que el Real Decreto disponga nada al respecto. Asimismo resultaría conveniente determinar cuáles serían esos “*supuestos específicos*”, o al menos en atención a qué criterios.

A su vez el párrafo segundo del artículo 3.2, en la redacción dada por el reglamento de 22 de octubre de 2018, establece que la regla general será la “*colaboración en este ámbito de actuación del personal médico y del personal enfermero*”, si bien dicha colaboración se entiende referida no al momento previo a la instauración del tratamiento, sino al seguimiento del proceso ya instaurado.

TERCERO.- LAS VACUNAS.

Se añade un nuevo apartado 3 al artículo 3 con la finalidad de clarificar la situación en torno a las vacunas. A tal efecto se establece que de cara a la administración de las vacunas, únicamente se precisará de la correspondiente orden de dispensación enfermera. La única salvedad sería en aquellos casos en los que, en atención a las condiciones particulares del paciente, fuera preciso una valoración médica individualizada. En definitiva, se ha adoptado el criterio que ya venían aplicando otras comunidades autónomas durante estos últimos años, cómo la Comunidad Autónoma de Madrid.

En efecto, en el caso de la Comunidad de Madrid se impartieron instrucciones por las que se acordaba que para la administración de vacunas no era necesario que hubiese una previa indicación individualizada que exigiese una prescripción médica, de modo que en esta Comunidad todas las personas que cumpliesen los requisitos del colectivo al que va dirigida cada vacuna, la podían recibir, salvo que presenten alguna otra característica fisiológica o dolencia que requiera de una previa valoración médica.

CUARTO.- ACTIVIDADES FORMATIVAS ESPECÍFICAS PARA LA OBTENCIÓN DE LA ACREDITACIÓN.

En cuanto a las actividades formativas, al margen de la organización que, en su caso proceda, de los correspondientes cursos para la acreditación de la enfermería, el Real Decreto únicamente contempla, y con carácter excepcional, el establecimiento de una formación complementaria únicamente cuando los avances científicos lo pudieran requerir, y ante determinados medicamentos de especial complejidad.

Este tipo de formación complementaria se tendrá que especificar en los correspondientes protocolos y guías de práctica clínica asistencial, sin que la disposición reglamentaria que ahora nos ocupa establezca a quien corresponde la organización de este tipo de actividades formativas.

A su vez, la disposición transitoria única del RD de 2015, en la redacción dada por el RD 2018, prevé para el colectivo de profesionales que no ostentan ninguna de las titulaciones exigidas en el reglamento (Grado/Diploma de Enfermería, y A.T.S.), la organización de una actividad formativa específica para su acreditación. En este caso, la organización de este tipo de cursos puede corresponder a las CCAA, pero también a las Universidades, el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España y otras entidades profesionales.

QUINTO.- TITULACIONES Y ACREDITACIÓN.

Igualmente merece especial atención la redacción dada a la disposición transitoria única del RD de 2015 cuando establece, a los efectos de obtener la necesaria acreditación, una previsión específica para aquellos profesionales que sin tener la titulación de Graduado en Enfermería, Diplomado en Enfermería o de Ayudante Técnico Sanitario, hayan desarrollado funciones de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos.

Ahora bien, ¿a qué profesionales sanitarios se está refiriendo la norma?

SEXTO.- ENTRADA EN VIGOR.

Resta por analizar la que quizá sea la parte más controvertida de la norma, la entrada en vigor del Real Decreto 1302/2018; la disposición final segunda establece que aquélla ya tendrá lugar el día siguiente al de su publicación.

El problema que se plantea es que tanto antes (RD de 2015), como ahora (RD de 2018), deviene imprescindible el cumplimiento acumulativo de dos requisitos para la válida actuación de la enfermería en relación con medicamentos sujetos a prescripción médica, a saber:

- a) La acreditación de los enfermeros y enfermeras.
- b) La validación de los correspondientes protocolos y guías de práctica clínica asistencial.

Es cierto que la disposición reglamentaria de 2018 en su disposición adicional segunda, establece un plazo máximo de 2 años a partir de la entrada en vigor del Real Decreto para que se proceda a la aprobación y validación de dichos protocolos y guías de práctica clínica; sin embargo no dice nada, en cambio, en relación a la situación transitoria existente desde la fecha de entrada en vigor de este Real Decreto hasta que se proceda a la aprobación y validación de tales protocolos.

La disposición transitoria única que incorpora el RD 1302/2018 aborda esta situación pero refiriéndose a la protagonizada *“únicamente por las enfermeras y enfermeros que hubieran desarrollado funciones de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano, como consecuencia de la aplicación de la normativa autonómica vigente sobre la materia”*. Es decir, una respuesta a las necesidades específicas de lo ya establecido en la Comunidad Autónoma de Andalucía, pero ¿y el resto de las CCAA?

- PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.

El texto presentado por el grupo parlamentario popular en el congreso de los diputados, se corresponde prácticamente en su totalidad con la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, de la Comunidad de Madrid.

Dicha Ley autonómica, a diferencia del proyecto de ley socialista, articula una batería de derechos a favor de los pacientes en el proceso final de su vida, entre los que no se incluye el derecho a disponer de la propia vida. Se trata de derechos encaminados a garantizar los cuidados paliativos, también en su modalidad domiciliaria, así como los derechos a la información y consentimiento del paciente, con especial énfasis en las *“instrucciones previas”* y lo que la Ley denomina *“planificación anticipada de la atención”*.

En cualquier caso se trata de una proposición de ley continuista que no permite dar respuesta satisfactoria a las demandas de aquellos pacientes que viven, como si de una condena se tratase, los terribles sufrimientos ocasionados por la enfermedad que padecen, y que muy probablemente se vayan a prolongar en el tiempo durante años.

Así es, la proposición de ley popular focaliza su atención sobre aquellos pacientes con un pronóstico de vida limitado a pocos días (agonía), o como máximo, semanas o meses (situación terminal); sin embargo para aquellos otros pacientes a los que se les haya diagnosticado una enfermedad irreversible y progresiva con posibilidad de deterioro grave, con importante pérdida de autonomía y fallecimiento en un medio o largo plazo, la respuesta de los poderes públicos es el ofrecimiento a que formulen las correspondientes instrucciones previas.

Llama la atención que si bien el art. 13 de la proposición de ley orgánica establece el deber de los profesionales sanitarios implicados de respetar los valores, creencias y preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas, sin que puedan imponer sus criterios personales, en cambio el art. 17 del mismo texto contempla expresamente la posibilidad de que el médico responsable del tratamiento se niegue a aplicarlo. En efecto, el art. 17.7 y el 17.8 reconocen el derecho del médico a negarse a proporcionar los cuidados paliativos integrales, y no ejecutar la decisión libremente adoptada por el paciente, sin especificar la naturaleza de los argumentos/justificaciones que podrían amparar esta negativa: ¿estamos ante criterios científico-técnicos según *lex artis*?

Todo apunta a un reconocimiento implícito del derecho a la objeción de conciencia, aunque no se le denomine como tal, sin que por otra parte esta conducta del médico aparezca en la proposición de ley tipificada como infracción.

La solución que arbitra el grupo parlamentario proponente no es otra que poner los hechos en conocimiento de la dirección del centro, que según refiere “*deberá tomar las medidas necesarias para garantizar el respeto a la voluntad y dignidad del paciente*”. ¿Quiere ello decir que, llegado el caso, la dirección podría obligar a los profesionales sanitarios para garantizar la asistencia sanitaria que precisa el paciente?

Por último destacar que sigue sin incluirse una propuesta de regulación sobre cómo deben actuar los profesionales sanitarios en relación con la hidratación y nutrición artificial al final de la vida. ¿La alimentación y la hidratación son tratamientos disponibles, o estamos ante “cuidados” indisponibles por el enfermo? ¿Podría el profesional sanitario suministrar alimentación/hidratación en contra de la voluntad del enfermo terminal, sin incurrir por ello en un atentado al derecho fundamental a la integridad física y corporal del paciente?

3.- SENTENCIAS PARA DEBATE

Por: Vicente Lomas Hernández.

Doctor en Derecho.

Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

- **NO SON ENTIDADES GESTORAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, QUE GOCEN DEL BENEFICIO DE JUSTICIA GRATUITA, LAS ENTIDADES PÚBLICAS DE DERECHO PRIVADO Y DEMÁS ORGANISMOS ADMINISTRATIVOS CREADOS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES QUE SU PERTENENCIA AL SERVICIO NACIONAL DE SALUD LES IMPONE.**

Tribunal Supremo Sala 4ª Pleno, sec. 991ª, S 20-9-2018, nº 850/2018, rec. 56/2017

La cuestión que se plantea consiste en dilucidar si procede la condena en costas de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid (SERMAS) cuando ha intervenido procesalmente en su posición de empleadora.

La Sentencia rectifica la doctrina de la Sala y considera que no son entidades gestoras de la Seguridad Social que gocen del beneficio de justifica gratuita del art. 2-b de la Ley 1/1996, de 10 de enero, las entidades públicas de derecho privado y demás organismos administrativos creados por las Comunidades Autónomas para cumplir con las obligaciones que su pertenencia al SNS les impone en orden al deber de prestar asistencia sanitaria que les impone la Ley 16/2003, de 18 de mayo, por cuanto tienen una naturaleza jurídica distinta y en la materia, costas por actuaciones en procesos judiciales, les resultan de aplicación las mismas reglas que al Estado y demás Administraciones y entidades públicas.

La realidad es que nuestro Alto Tribunal ya se había pronunciado en ocasiones anteriores sobre la verdadera naturaleza jurídica de los servicios de salud. Sirva como botón de muestra:

1.- STS de 9 julio de 2003, Rec. 3398/2002, en la que se declaró:

“Mientras que el Instituto Nacional de la Salud tiene reconocida la condición de Entidad Gestora en la relación del art. 57 de la Ley General de la Seguridad Social..., no sucede lo mismo con el Servicio Canario de Salud, que no está incluido en la relación de Entidades Gestoras del art. 57 LGSS, ni tampoco es obviamente un Servicio Común de la Seguridad Social... El Servicio Canario de Salud es ciertamente un organismo autónomo de carácter administrativo, de conformidad con lo previsto en el art. 50 de la Ley 11/94, de 26 de julio, de la Comunidad Autónoma de Canarias, y tiene un tratamiento especial en el proceso derivado de esa condición, que no comprende ni el beneficio de justicia gratuita ni la exención de la condena en costas. Pero esta condición no equivale a la calificación de Entidad Gestora o Servicio Común de la Seguridad Social.”

2.- La STS 3 de marzo de 2004, Rec. 3834/2002:

“No gozando los Servicios de Salud autonómicos, como así lo acredita el no haberseles transferido la Intervención General de la Seguridad Social ni los Servicios Jurídicos, del régimen excepcional en materia presupuestaria, contable, financiera y de asistencia jurídica prevista para las Entidades Gestoras de la Seguridad Social en la Disp. adic. 6.ª Ley 6/1997, de 14 de abril (LOFAGE), a tenor de la citada doctrina jurisprudencial podemos concluir que los Servicios de Salud autonómicos no tienen el carácter de Entidades Gestoras de la Seguridad Social, siendo su naturaleza la de Organismos Autónomos puros y su régimen jurídico el de aplicación a los mismos en su integridad.”

- **LA ENFERMERÍA NO PUEDE ASUMIR FUNCIONES DE DIRECCIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA.**

Tribunal Supremo Sala 3ª, sec. 4ª, S 26-2-2018, nº 291/2018, rec. 3272/2015

El artículo 9 del Decreto impugnado en instancia, regula la Dirección de la Unidad de Gestión Clínica, y establece al respecto, que el Director de dichas Unidades, en el ámbito de la atención primaria, sea " *un profesional sanitario con categoría de licenciado o titulación equivalente especialista*"; y en el ámbito de la atención especializada, ha de ser " *un profesional sanitario que disponga del nombramiento de Jefe de Servicio, Jefe de Sección o responsable de Unidad* " (artículo 9.1.b).

A juicio del sindicato recurrente, el acceso a la Dirección de las Unidades de Gestión Clínica debe reservarse para " *el personal sanitario*" en general, lo que incluye, por tanto, el personal de enfermería. De modo que, se sostiene, ha sido vulnerada, por la sentencia recurrida, la igualdad en el acceso a cargo público, la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias y la Ley de Universidades, al no haberse declarado la nulidad de la norma reglamentaria que ha marginado al personal sanitario de enfermería.

Según la Sala, *el reglamento podía haber optado por incluir también al personal de enfermería, pero la restricción al personal licenciado no incurre en vicio de invalidez, pues no solo no contraviene las normas que se aducen como infringidas, sino que se inspira en las mismas.*

Es cierto que entre los principios generales que establece el artículo 4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, se recogen que las funciones de gestión clínica, junto a las asistenciales, investigadoras, docencia, de prevención e información y de educación sanitaria. Y que, por tanto, las "profesiones sanitarias" han de participar activamente en los proyectos de beneficio para la salud y bienestar de las personas. Pero ello no comporta una obligación, en todo caso faculta la opción propia de la discrecionalidad, a quien elabora una norma reglamentaria para incluir a todos los profesionales sanitarios.

(...)

En este sentido pone de manifiesto el diferente tratamiento dispensado por el legislador a las diferentes profesiones sanitarias, en función del grupo en el que se encuentren clasificadas. *“El primer grupo, apartado a), de “nivel Licenciado” incluye a las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el título II de esta ley.*

Y un segundo grupo, apartado b), de “nivel Diplomado”, que incluye las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta ley.

Teniendo en cuenta, además, que dicha diferenciación es esencial en la configuración de la Ley, como revelan, entre otros, los artículos 6 y 7 que se refieren, respectivamente, a los licenciados sanitarios y a los diplomados sanitarios. Se regulan en dichos artículos las diferentes funciones de los distintos profesionales sanitarios.

En definitiva, no puede ser término adecuado de comparación lo que es sustancialmente diferente, porque la distinción, en este caso, tiene una justificación más que razonable”.

Un duro varapalo para la profesión enfermera que, una vez más, ve cómo sus legítimas aspiraciones de asumir responsabilidades directivas en igualdad de condiciones con el resto de profesionales sanitarios titulados, se han visto truncadas.

4.-DOCUMENTOS DE INTERÉS

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

I- RECURSOS HUMANOS:

- STS aplicación de la figura del “*indefinido no fijo*” en el ámbito del personal estatutario temporal eventual.

En la página 25 del Boletín de Derecho Sanitario y Bioética, quien suscribe ya cuestionaba la aplicación al ámbito del Derecho Administrativo, de la figura importada del derecho laboral, la figura del “indefinido no fijo”.

http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20140708/boletin_113_junio.pdf

En términos similares me posicionaba en la página nº 17 del Boletín de Derecho Sanitario y Bioética (facilito el enlace) al hilo de otra STSJ de Castilla-La Mancha sobre personal eventual estatutario:

http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20170410/144_marzo.pdf

La reciente STS 26 de septiembre de 2018 (rec.785/2017) deja bien claro que ante situaciones como las protagonizadas por personal estatutario temporal eventual con nombramientos fraudulentos, “ **la solución jurídica aplicable no es la conversión del personal estatutario temporal de carácter eventual de los servicios de salud en personal indefinido no fijo**, aplicando de forma analógica la jurisprudencia del orden social, sino, más bien, la subsistencia y continuación de tal relación de empleo, con todos los derechos profesionales y económicos inherentes a ella, hasta que la Administración sanitaria cumpla en debida forma lo que ordena la norma de carácter básico establecida en el art. 9.3, último párrafo, de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco”

“...quien es nombrado personal estatutario temporal de carácter eventual y padece una situación de abuso en sus nombramientos o prórrogas sucesivos, queda sujeto y ha de serle de aplicación, en principio, la normativa a que se refieren esos dos preceptos, y no la propia del ordenamiento jurídico laboral, ni tampoco la jurisprudencia que con base en éste ha elaborado con tanto acierto la jurisdicción social.”

En cuanto a si le asiste a este personal el derecho al percibo de una indemnización por la utilización abusiva de los nombramientos temporales, la Sentencia lejos de admitir un reconocimiento generalizado de este derecho, señala que: a) dependerá las circunstancias singulares del caso; b) debe ser hecho, si procede, en el mismo proceso en que se declara la existencia de la situación de abuso; y c) requiere que la parte demandante deduzca tal pretensión; invoque en el momento procesal oportuno qué daños y perjuicios, y por qué concepto o conceptos en concreto, le fueron causados; y acredite por cualquiera de los medios de prueba admitidos en derecho, la realidad de tales daños y/o perjuicios.

Se recomienda la lectura de esta entrada al blog de Jose Ramón Chaves:

<https://delajusticia.com/2018/10/03/el-supremo-pone-fin-a-los-suenos-indemnizatorios-de-los-interinos/>

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

- **No se puede volver a efectuar nombramiento eventual con otro profesional para cubrir las mismas funciones que venía realizando durante años, y en virtud igualmente de nombramiento eventual, el trabajador cesado.**

STSJ de Castilla-La Mancha 10531/2017, de 29 de diciembre. Recurso Apelación núm. 60/17

La recurrente había venido prestando sus servicios en la Gerencia de Atención Integrada de Albacete, como personal Estatutario de carácter eventual, y categoría de Titulado Superior en el Complejo Hospitalario de Albacete, con sucesivos nombramientos todos ellos al amparo del art. 9.3 de la ley 55/2003, bajo la causa de “prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria”, para una plaza con el mismo código y el mismo objeto de “acumulo de tareas, incremento de la actividad”, pero que siempre supusieron el desempeño de las mismas funciones y en el mismo lugar. Por ello, consideraba que los distintos nombramientos efectuados lo fueron en fraude de ley o con desviación de poder, y sin que estuviesen justificadas las razones por virtud de las cuales se acordó su cese.

La Sala confirma la sentencia de instancia, pues *“resulta paradójico que el SESCOAM invoque la existencia de nuevas funciones para justificar el cese de la Sra XXX, y se lleve a cabo el nombramiento de la Sra. YYY, y se acuda igualmente a nombramiento eventual justificado en la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria, en la búsqueda de revestir el mismo un nuevo objeto, cuando en realidad no hay ningún tipo de indicio, documento, informe en el que conste que para el desempeño de dicho puesto, que ya hemos precisado es estructural y se venía contratando en una modalidad en fraude de ley, la imposibilidad de poder seguir siendo desempeñado, aun con lo que se denominan como “nuevas funciones”, por la persona que lo había venido haciendo en los más de tres últimos años sin constar tacha alguna en su desempeño”*.

En cuanto a las consecuencias que se derivan para la trabajadora, una vez declarado el carácter fraudulento tanto de los nombramientos como del cese, la Sala aplica el criterio recogido en sus últimas sentencias para este tipo de casos, a saber, la reposición al puesto de trabajo en que fue cesado hasta el momento en que la plaza que, en cumplimiento de la Sentencia, ha de crear la Administración, debe ser ocupada por el trabajador cesado, como personal indefinido no fijo (o indefinido temporal en la terminología del TS), y ello hasta el momento en que se proceda a su provisión definitiva tras el correspondiente proceso selectivo.

Unos años antes la STSJ de CLM nº 30 de 6 de febrero de 2018, ya se había pronunciado sobre un caso similar, el cese de una trabajadora que había encadenado sucesivos nombramientos eventuales durante 8 años, y en su lugar se nombró para las mismas funciones, y bajo las mismas condiciones de contratación, a otra persona.

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

- **Anulación de sanción disciplinaria a un médico por incorrecta instrucción del expediente.**

STSJ de Castilla-La Mancha nº 264 de 14 de junio de 2017, nº rec 73/2016.

La Sala estima el recurso de apelación interpuesto por un médico al que se le sancionó por grave desconsideración a los compañeros, debido al tono amenazador empleado con en el quirófano a raíz de un desacuerdo en torno al procedimiento que se debía aplicar.

El motivo de la anulación ha sido la práctica de la prueba testifical acordada de oficio por la instructora, sin brindar al interesado la posibilidad de estar presente. Aunque la Sentencia objeto de comentario no lo cita, hay que señalar que el TS ya se pronunció al respecto en la STS de 30 de Junio de 2011, publicada en este mismo Boletín de Derecho Sanitario y Bioética.

En esta otra Sentencia nuestro Alto Tribunal, apoyándose en la doctrina del TC, discrepó de esta forma de instruir expedientes en un caso en el que se sancionó a un médico con separación del servicio por realizar exploraciones innecesarias, y comunicar diagnósticos de los que, en cambio, no quedaba constancia en la historia clínica. El médico recurrió y adujo para lograr que se anulara la sanción, que se le había impedido intervenir en la práctica de los interrogatorios -a pacientes- ordenados por la instructora, agravado por la negativa a permitir la intervención de uno de sus Letrados en la práctica de nuevas declaraciones de pacientes. El TS apreció en este caso la existencia de indefensión, como también lo ha hecho el TSJ en el caso objeto de comentario.

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

- **Potestad del jefe de servicio y la idoneidad del FEA.**

STSJ de Galicia de 5 de octubre de 2016 N° 562/2016.

La Sentencia desestima el recurso de apelación de un FEA en cardiología por un supuesto trato discriminatorio al no ser adscrito a la unidad de hemodinámica. En dicha unidad no existía plaza de cardiólogo, de modo que lo que se lleva a cabo es una adscripción funcional a dicha unidad correspondiendo esta decisión al jefe de servicio de la unidad. A lo anterior habría que añadir que el recurrente había recibido hace poco el alta médica, lo que le permitía reanudar su actividad como cardiólogo, aunque cosa distinta es que deba presumirse “*iuris et de iure*” su plena e inmediata idoneidad para ser adscrito a un ámbito funcional como es Hemodinámica, donde se impone “*tolerancia cero*” con riesgos del servicio dado que se aplican técnicas complejas con precisión en el uso del brazo y mano por tiempo prolongado.

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

- **SOLAPE:** Los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo de Castilla-La Mancha contrarios a que se compute como trabajo efectivo al personal de enfermería el tiempo invertido en el cambio de turno.

SJC-A nº 2 de Ciudad Real, 234/2017, de 13 de diciembre de 2017.

Considera la juzgadora que la resolución de la cuestión planteada exigiría efectuar una modificación de las condiciones de trabajo de alcance colectivo. Por este motivo, y siguiendo el hilo argumental de la resolución administrativa impugnada, insta a que se transmita al órgano competente la pretensión planteada para su resolución

Probablemente, y como opinión personal, lejos de plantearse el debate en torno a cuestiones competenciales, se debiera haber analizado la cuestión desde otro prisma (por ejemplo inexistencia de situación alguna de necesidad que justifique la estimación de la pretensión) que permitiera dar una respuesta definitiva al respecto.

En todo caso la resolución judicial, siguiendo el hilo argumental de la propia Administración, no reconoce la existencia de derecho alguno al respecto, sino que se limita a instar el inicio por los órganos competentes de las medidas oportunas en el marco de lo que, considera, sería una “*modificación de las condiciones de trabajo*”.

SJ Contencioso Administrativo número 1 de Ciudad Real de 18 de octubre de 2017,

En este otro caso, la SJC-A nº 1 de C. Real, desestimó el recurso interpuesto por una enfermera que pretendía se le reconociese como tiempo efectivo de trabajo el que habitualmente dedica, por encima de la jornada de trabajo, a la transmisión de información clínica y asistencial.

El juez califica como desproporcionado los 30 minutos que se solicitan en cada turno, 15 antes de entrar, y 15 después del comienzo. Además, añade que hay que tener en cuenta que la información esencial de cada paciente se deja por escrito, el control básico de los pacientes lo llevan los médicos y no la enfermería, y por último tan solo bastaría con un par de minutos para comentarle al enfermero algún aspecto puntual antes de marcharse, ya que lo fundamental queda por escrito.

En este mismo sentido cabría citar la **SJC-A nº 1 de Cuenca 319/17**, que al igual que ya hiciera el **JC-A nº 1 de Ciudad Real**, desestimó el recurso, en este caso por no haberse acreditado de manera indubitada, más allá de meras alegaciones, que nos encontrásemos realmente ante una actividad indispensable que conlleve la dedicación de unos minutos para suministrar dicha información.

Hace unos meses, en este mismo Boletín, publicamos en relación con las pretensiones de reconocimiento y cómputo, como tiempo efectivo de trabajo, del tiempo invertido en el relevo de enfermería para la transmisión de información clínica y asistencial relevante de los pacientes, así como el cómputo dentro de la jornada ordinaria de 30 minutos diarios (15 en entrada de turno y 15 de salida de turno), distintas SSTSJ de Andalucía, Sala de lo Contencioso, favorables a la Administración. En efecto, las **SSTSJ de Andalucía de 13 de noviembre de 2017, y 16 de enero de 2018**, desestimaron sendos recursos, pues *“no se ha acreditado que la referida “información verbal” se haya concretado en ningún espacio de tiempo más allá del propio de la jornada laboral de la recurrente. Y es que, en efecto, los sistemas informáticos y sus herramientas a disposición de la administración permiten de una forma más eficaz -y más acorde con las exigencias de la información que debe contener la historia clínica-, cumplir con la necesaria continuidad asistencial. Y porque la transmisión verbal no es una forma segura, es por lo que existe un procedimiento de intranet, mediante la aplicación “estrategia de cuidados”.*

En este contexto judicial, se ha aprobado en Baleares el Acuerdo de 2 de noviembre de 2018 del Consejo de Gobierno por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 19 de octubre de 2018, por el que se reconoce como tiempo efectivo de trabajo el tiempo necesario para la transmisión de información asistencial que garantiza la seguridad y la continuidad de los cuidados profesionales en el marco del proceso asistencial.

<http://www.caib.es/eboibfront/es/2018/10896/615364/acuerdo-del-consejo-de-gobierno-de-2-de-noviembre->

- **Pleno. Sentencia 99/2018, de 19 de septiembre de 2018. Recurso de inconstitucionalidad 1572-2017.** Interpuesto por la Defensora del Pueblo respecto de la disposición adicional decimotercera de la Ley 18/2016, de 29 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears para el año 2017. Límites materiales de las leyes de presupuestos autonómicas: nulidad del precepto que introduce en la ley de presupuestos el régimen de exención de guardias de personal estatutario sanitario de atención especializada. Voto particular.

Las partes discrepan sobre la posibilidad de considerar, como posible contenido de una ley de presupuestos, una regulación material como la contenida en la disposición adicional decimotercera de la Ley 18/2016, de 29 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears para el año 2017, que lleva por título «régimen de la exención de guardias del personal estatutario sanitario de atención especializada del subgrupo A1 mayor de 55 años».

Para la recurrente, el contenido de la citada disposición es meramente organizativo respecto a la actividad de un concreto colectivo de la Administración sanitaria, de manera que no guarda relación alguna con el contenido.

El contenido de una ley de presupuestos «*está constitucionalmente delimitado, en tanto que norma de ordenación jurídica del gasto público ex artículo 134 CE. La Constitución establece la reserva de un contenido de Ley de Presupuestos, lo que significa que la norma debe ceñirse a ese contenido y también que ese contenido sólo puede ser regulado por ella*» Por tanto es necesario que guarde una conexión económica –relación directa con los ingresos o gastos del Estado o vehículo director de la política económica del Gobierno pueden incluirse en una ley de presupuestos: medidas que tengan como finalidad y consecuencia directa la reducción del gasto público, o su aumento (STC 237/1992, de 15 de diciembre, relativa al incremento de retribuciones salariales para el personal al servicio de las Administraciones públicas), reglas de creación de complementos retributivos para determinados cargos públicos (STC 32/2000, de 3 de febrero).

No cabe, en cambio, incluir en una ley de presupuestos medidas relativas a los procedimientos de acceso de los funcionarios sanitarios locales interinos a la categoría de funcionarios de carrera (STC 174/1998, de 23 de julio, FFJJ 6 y 7), y a los de provisión de puestos de trabajo del personal sanitario.

Según el TC, “*La finalidad constituye el criterio para determinar la naturaleza presupuestaria de una modificación sustantiva del ordenamiento jurídico incluida en una ley de presupuestos. Esa finalidad ha sido objetivada por nuestra doctrina, de tal forma que, solo si la modificación normativa guarda relación directa con los ingresos o gastos del Estado, sirve de vehículo director de la política económica del Gobierno o contribuye a una mayor inteligencia o mejor ejecución del presupuesto, puede afirmarse su naturaleza presupuestaria*”, y por el contrario “*la modificación que efectúa la disposición adicional controvertida no afecta al derecho a la exención, ni implica directamente un menor gasto presupuestario. El facultativo que se acoja a la exención sin actividad sustitutiva ni percibía, ni percibirá el complemento retributivo*”. En definitiva la disposición impugnada, más que una medida que busque la reducción del gasto público, se trata de una norma de política de personal.

Texto completo: boe.es

II- CONTRATACIÓN PÚBLICA.

- La Administración sanitaria puede obligar a las empresas adjudicatarias de contratos que tengan por objeto el suministro de prótesis, a facilitar la presencia de un especialista en el quirófano durante las intervenciones médicas para asesorar al personal sanitario sobre la utilización del instrumental.

TSJ de Madrid, (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3^a). Sentencia núm. 500/2018 de 10 julio.

Conforme dispone la cláusula 1.1 del PCAP el objeto del contrato es la adquisición de implantes para cirugía de la columna. El PPT recoge en su página 2 unas condiciones generales, entre las que se incluía bajo el apartado “*asistencia técnica*”, el compromiso de la casa comercial de poner a disposición un especialista del producto para todos los procedimientos. En concreto se decía que:

El especialista proporcionará todo el material necesario para cada procedimiento, previo aviso del Hospital. No existirá depósito instrumental en el Hospital.

El especialista estará presente en el quirófano durante la intervención para asesorar al personal sanitario sobre la utilización del instrumental.

Asimismo, los adjudicatarios deberían asumir el deber de dar soporte al Servicio en cuanto a la formación continuada de los miembros del mismo para la mejor utilización de las técnicas de artrodesis utilizando sus materiales. Deberían, por tanto, comprometerse por escrito a facilitar, al menos dos cursos al año para la formación de personal facultativo del hospital durante el periodo de vigencia del concurso. Los cursos deberán incluir prácticas de formación en cadáver instrumental.

Por otra parte, y para la ejecución del contrato, los PPT consideraban necesario actualizar el Navegador Brainlab propiedad del Hospital con la incorporación al mismo del paquete de navegación de columna, así como los accesorios y el instrumental MIS. El coste previsto es de 117.975 Euros (21 % de IVA incluido). Asimismo, será necesario un equipo de monitorización intraoperatoria portátil de 32 canales valorado en 50.000 euros (21 % de IVA incluido). Estos importes serán asumidos por los adjudicatarios del presente expediente en partes proporcionales al importe adjudicado, al inicio de la prestación del suministro.

El recurrente cuestiona los puntos 3º (“*asistencia técnica*”) , 4º (“*depósito*”) y 7º (obligación de costear la adquisición del paquete de navegación de columna para el navegador Brainlab- propiedad del hospital- así como los accesorios y el instrumental MIS y de un equipo de monitorización intraoperatorio portátil de 32 canales) considerando que el PPT impone al contratista unas nuevas obligaciones adicionales a las que integran el objeto del contrato, y que no están contempladas en el PCAP, solicitando que sean anuladas por el único hecho de figurar en el PPT y no en el PCAP.

El recurrente considera que la obligación impuesta en el punto 3º de las que el PPT denomina “*Condiciones generales*” referida a la presencia de un especialista en el quirófano durante las intervenciones médicas para asesorar al personal sanitario sobre la utilización del instrumental, es una prestación adicional propia de un contrato de servicios de asistencia y asesoramiento , lo que convertiría al contrato presente en un

contrato mixto (art 12 del TRLCSP) por lo que existiría infracción de lo dispuesto en el art 115.2 del TRLCSP, que en caso de contratos mixtos exige que en el PCAP se detalle el régimen jurídico aplicable a sus efectos, cumplimiento y extinción , atendiendo a las normas aplicables a las diferentes prestaciones fusionadas en ellos.

Para la Sala, no nos encontramos ante un contrato mixto, sino ante un contrato de suministro, en el que dado lo especial y complejo del material a suministrar- implantes para cirugía de la columna-, el objeto del contrato no se satisface con la mera entrega del material ,sino que requiere que los adjudicatarios den formación continuada a los miembros del Servicio del Hospital para la mejor utilización de las técnicas de artrodesis utilizando sus materiales, comprometiéndose a facilitar , al menos dos cursos al año para la formación de personal facultativo del hospital durante el periodo de vigencia del concurso, incluyendo la realización de prácticas de formación en cadáver instrumental (obligaciones que el recurrente no cuestiona) , debiendo además de poner la casa comercial a disposición un especialista del producto para todos los procedimientos, que proporcionará todo el material necesario para cada procedimiento , previo aviso del Hospital y estará presente en el quirófano durante la intervención para asesorar al personal sanitario sobre la utilización del instrumental, obligación cuestionada por la recurrente , que entendemos, sin embargo, **es un complemento de las anteriores y de la obligación principal , estando íntimamente relacionada con el objeto del contrato, toda vez que , insistimos, dada la especialidad y complejidad del suministro, la forma de su utilización ha de ser explicada al personal del Hospital que vaya a utilizarlo, (...)** estando presente en el quirófano durante la intervención para asesorar al personal sanitario sobre la utilización del instrumental, **lo que no implica la realización de acto médico alguno ni la realización de una prestación con suficiente trascendencia y autonomía para entender que es una prestación propia de un contrato de servicios.**

Sí prospera en cambio la pretensión del recurrente de que se anule la obligación impuesta por el PPT al adjudicatario de dejar un depósito de material a fijar por el hospital para las cirugías de urgencia lo que, alega, infringe lo dispuesto en los arts. 216.2, 292 y 293 del TRLCSP, por cuanto que el contratista tiene derecho a cobrar el precio en un determinado plazo y a transmitir los riesgos de los bienes suministrados en un determinado momento a la Administración.

Los lotes 1 y 5, el PPT exige al adjudicatario dejar un depósito de material a fijar por el Hospital para las cirugías de urgencia, no requiriendo el resto de los lotes de depósito en el Hospital, lo que efectivamente infringe lo dispuesto en los arts. 216.2, 292 y 293 del TRLCSP ; por definición el depósito supone que pese a la entrega física de los bienes al Hospital y de que se encuentren a plena disposición de éste , los bienes siguen siendo propiedad de la empresa suministradora que no puede facturarlos hasta que no sean efectivamente consumidos por el Centro Sanitario y que continúa asumiendo el riesgo de pérdida, deficiencias o caducidad de los mismos , lo que vulnera lo dispuestos en los preceptos citados ya que el contratista tiene derecho a cobrar el precio de la Administración en un determinado plazo y a transmitir los riesgos sobre los bienes suministrados en un determinado momento.

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

- Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea en relación con el asunto C-413/17, sobre el establecimiento de las especificaciones técnicas en contratos de suministro de material y dispositivos médicos.

Texto completo: europa.eu

III- PROFESIONES SANITARIAS.

- Resulta perfectamente legal el cese de médico sin título de especialista con nombramiento de sustitución cuando haya disponibles médicos con título de especialista.

TSJ Región de Murcia Sala de lo Contencioso-Administrativo, sec. 2ª, S 25-7-2017,

En el presente caso, la recurrente suscribió un nombramiento de sustitución para un puesto de pediatra para el que carecía de la correspondiente especialidad. Después, D XXX, que sí posee la especialidad de pediatría, solicitó ocupar el puesto ocupado en régimen de sustitución. La Administración atendió la petición en razón de la mejor titulación para el puesto de quien la solicitó, sin que tal decisión merezca reproche alguno, a diferencia del criterio más que discutible, que sostiene el TSJ de Castilla-La Mancha.

Según la Sala *“Los puestos de trabajo de especialista en Pediatría, han de ser ocupados, necesariamente, por aquellos que posean la especialidad de Pediatría, sin perjuicio de que ante la carencia de especialistas en Pediatría, el Servicio Murciano de Salud pueda acudir, como en otros servicios de salud , al nombramiento temporal de médicos que no disponen de dicha especialidad, pero esta situación, que debe ser absolutamente provisional, únicamente se puede justificar en tanto persistan las razones que determinaron la misma, es decir, la falta de especialistas para ocupar el puesto de trabajo”*. Impecable.

En el mismo sentido se pronunció esta misma Sala en la sentencia 148/17, de 9 de marzo (rollo de apelación 13/17) en la que se planteaba un supuesto similar de cese de un médico interino no especialista con motivo de la incorporación de un médico especialista en los servicios de urgencia de atención primaria (SUAP) y unidades medicalizadas de emergencia (UME).

Este, además, es el criterio mantenido por la Jurisdicción social en las sentencias citadas o aportadas por el SMS cuando era competente para conocer las cuestiones respecto del personal estatutario, y por los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo número 3 y 6 (sentencias 693/11, de 26 de abril , ó 64/14, de 5 de marzo respectivamente) en las que, en casos de nombramiento temporal, como es el presente, se declaró conforme a derecho el cese del nombramiento de un Licenciado en Medicina por nombrar a un médico con la titulación de Medicina de Familia y Comunitaria."

<https://elderecho.com/pdf/articulo-resurgir-una-vieja-polemica-interesada-los-medicos-sin-titulo-especialista>

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

- No se puede cesar al médico sin título de especialista por que haya médicos con título de especialista disponibles: el cese solo procede cuando concurren las causas previstas para el tipo de nombramiento de que se trate.

STSJ de C. Valenciana Sentencia núm. 282/2017 de 25 mayo.

Una de cal y otra de arena. El TSJ de Valencia, sobre un asunto idéntico al que acabo exponer, se alinea en la misma posición que el TSJ de Castilla-La Mancha. Según la sentencia de instancia, la contratación del recurrente debió estar motivada en la falta de médicos con el título de Médico de Familia, según exige el Real Decreto 853/1993. Ahora bien, si con el paso del tiempo la Administración ya dispone de especialistas, ¿puede cesar, sin más, al recurrente y contratar a un especialista en el puesto de trabajo ocupado por el recurrente? La respuesta es un no rotundo, salvo que concurren las causas de cese previstas en el contrato o que la Administración inicie un procedimiento de revisión de sus actos administrativos con todas las garantías.

En definitiva la motivación del cese, a saber, no cumplir los requisitos de titulación, no es admisible, resulta contraria a Derecho, y trae a colación lo sentado en la sentencia del TSJ de Castilla-La Mancha de 31/marzo/2016. La Sala estima el recurso de apelación, *“La Administración funda su resolución tanto en que el recurrente no tiene/tenía la titulación exigida como en que ahora sí se dispone de facultativos que sí la reúnen; la causa de cese sí existe, y por tanto, no se aprecia la arbitrariedad que se enuncia, sino que por el contrario la decisión de cese va dirigida a dar cumplimiento a la exigencia de que ese tipo de servicio sanitario, como “Médico de Urgencias”, sea prestado por quien tiene la titulación para ello, en el presente caso “Medico/a de Familia”, tal como exige con carácter general el art. 1 del Decreto 127/1984, de 11/enero”*.

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

IV- DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL.

- Indemnización por incumplimiento del plazo de preaviso fijado para el desistimiento de contrato laboral de alta dirección suscrito con personal estatutario temporal.

Sentencia del Juzgado de lo Social de 6 de marzo de 2017, nº 109. Autos 709/2016.

La Sentencia, en aplicación del criterio recogido entre otros por el TSJ de Asturias (Sentencia de 6 de febrero de 2015), declara la procedencia del derecho al percibo de la indemnización por incumplimiento del plazo de preaviso. La Ley 3/2012 excluye del derecho a la indemnización por cese derivado del desistimiento del empleador determinados supuestos, pero en cambio la obligación de preaviso no tiene exclusiones, debiendo ser observada en los términos previstos en el apartado 4 de dicha Disposición Adicional.

Según la STSJ de Asturias “...ello es así por una interpretación sistemática, pues aunque el número Dos se refiere todo él a “indemnizaciones por extinción”, el precepto “no se tendrá derecho a indemnización alguna” se sitúa en la norma después de referirse a la indemnización por extinción propiamente dicha, mientras la regulación referida a indemnizar por no haber preavisado se sitúa posteriormente, en el número 4. Por otra parte, la interpretación lógica nos dice que una cosa es la compensación por extinguir el contrato mediante desistimiento del empresario, y otra distinta la que se impone legalmente por no respetar la obligación de preavisar, independiente de la condición de funcionario o empleado público.

- La Mutua carece de competencia por sí misma para proceder a calificar la contingencia de la que derivan las asistencias médicas prestadas.

STSJ de Castilla-La Mancha nº 00638/2018- 10 de mayo de 2018

La Mutua FREMAP prestó asistencia sanitaria a determinados trabajadores que figuran en la relación aportada con la demanda, con indicación del importe de la asistencia, la fecha de la misma, y el centro en donde se prestó. Como la Mutua entiende que no consta que dichas asistencias médicas obedezcan a ningún acontecimiento profesional, ha de considerarse que derivan de contingencias comunes, razón por la reclama el importe total de las mismas, en cuantía de 11.853,16 € a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Junta de Castilla-La Mancha y al Servicio Público de Salud de Castilla- La Mancha.

La STSJ desestima el recurso interpuesto por la Mutua por carecer ésta de competencia por sí misma para proceder a calificar la contingencia de la que derivan las asistencias médicas prestadas (cuestión que se plantea en el tercer motivo de recurso), basándose exclusivamente en la mera circunstancia de no existir declaración de accidente de trabajo o enfermedad profesional, ni resolución judicial o administrativa que así lo establezca.

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

- La Administración no debía negociar con las organizaciones sindicales las instrucciones para prestar atención sanitaria en los colegios al alumnado con problemas de salud crónica.

TSJ Comunidad Valenciana Sala de lo Contencioso-Administrativo, sec. 4ª, S 17-1-2018, nº 21/2018, rec. 101/2017

SINDICATO DE TRABAJADORES DE LA ENSEÑANZA DEL PAIS VALENCIANO- INTERSINDICAL VALENCIANA, interpone recurso contra Resolución de 21 de febrero de 2016, del Secretario Autonómico de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y contra la resolución de 22 de enero de 2017 de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, por la cual 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 previsible y no previsible, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en centros escolares.

La Generalidad Valenciana ejerció una potestad de organización, planificación y coordinación que le exigía la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana, por tanto, no estaba obligada a la negociación colectiva en la elaboración del protocolo impugnado.

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

V- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.

- **Anulación de la medida de movilidad funcional adoptada por el hospital al infringir las garantías procedimentales.**

SJC-A nº 1 de Toledo, nº 230 de 13 de octubre de 2017.

Se alega por el recurrente que se ha producido una modificación injustificada en la fijación y determinación del turno que tenía asignado, sin trámite de audiencia previo, y no constando tampoco la negociación o consulta con la representación legal de los trabajadores, por lo que dicha modificación ha de declararse nula.

En el presente asunto, el recurrente mediante un concurso de traslados provisionales, obtuvo el puesto de trabajo en la Planta 2ª del Hospital, con turno de mañana y noche. El mencionado puesto de trabajo se desempeñó durante un total de dieciséis años, hasta que sin que conste actuación previa alguna, y sin mediar ninguna resolución administrativa, a dicho funcionario se le cambia a otro puesto de trabajo.

En el presente caso se habrían vulnerado los artículos 9 y 10 del vigente Pacto sobre movilidad interna voluntaria en el ámbito de Atención Sanitaria Especializada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

También debe acogerse la alegación del recurrente sobre la preceptividad de la negociación para el cambio de puesto de trabajo, pues aunque la Administración sanitaria ejerza potestades organizativas, en el ejercicio de las mismas se afecta a las condiciones de trabajo, y debe existir la preceptiva negociación.

VI- PRESTACIONES SANITARIAS.

- **Derecho a la asistencia sanitaria de familiares extracomunitarios con residencia legal de un ciudadano español.**

TSJ Galicia Sala de lo Social, sec. 1ª, S 21-12-2017, rec. 3170/2017

El familiar extracomunitario de un ciudadano español, que reside legalmente en España con autorización de residencia temporal no lucrativa, en cuanto dicha autorización permanezca vigente, y aun cuando hubiesen variado los requisitos que en su momento se tuvieron en consideración para reconocerle tal permiso de residencia, tiene derecho a la asistencia sanitaria. Si la Entidad Gestora entendiera que la residencia le fue indebidamente concedida por no reunir los requisitos para ello, podrá en su caso solicitar que se inste la declaración de lesividad. Pero lo que no puede es dejar de inaplicar las consecuencias legales del reconocimiento del citado derecho de forma unilateral por entender que la concesión de la residencia incumplía uno de los requisitos para su concesión.

En este caso se trataba de una ciudadana cubana, y la sentencia de instancia declaraba que la situación de la actora es encuadrable en el punto 2.b. 3 del RD 1192/2012 ya que: a) tiene nacionalidad cubana, b) es titular de una autorización para residir en España, y c) no consta que tenga cobertura sanitaria por otras vías.

Por el contrario el INSS le deniega la condición de asegurada a la actora porque "presume" que tiene un cobertura por otra vía dado que de no ser así no se le habría concedido la residencia temporal en España. En concreto la EG considera que se le aplica el Real Decreto 240/2007 de 16 de febrero y la Orden PRE/1490/2012 de 9 de julio, de modo que para obtener la autorización de residencia habría debido acreditar que cuenta con un seguro de enfermedad que cubre todos los riesgos en España.

No obstante y al margen de este debate, el **Tribunal Supremo en sentencia de 18 de 18-7-2017, nº 1295/2017, rec. 298/2016**, se ha pronunciado sobre si el artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero -en la redacción vigente, introducida por la Disposición final quinta del Real Decreto Ley 16/12, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

A partir de la sentencia de 6 de junio de 2010, dados los términos en los que ha quedado redactado el art. 2 (y anulada la Adicional Vigésima del Reglamento de Extranjería), el Real Decreto 240/07 - con independencia y al margen de la Directiva -, en cuanto disposición de Derecho interno, es también aplicable a la reagrupación de familiares extranjeros (cualquiera que sea su nacionalidad) de españoles. Los presupuestos, pues, de los que deriva el derecho de residencia del familiar extranjero del español residente en España son la nacionalidad española del reagrupante y concurrencia de alguno de los requisitos previstos en el art. 7, entre los que se incluye acreditar que figura "*disponer de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España*".

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

- Aunque la funcionaria no padezca impedimentos ginecológicos para quedarse embarazada de forma natural se reconoce el derecho a recibir el tratamiento por la esterilidad del marido.

TSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sentencia 28 Septiembre 2017.

La denegación de la asistencia a la mujer de un transexual con el argumento de no existir causa médica ginecológica que impida una gestación por medios naturales, provoca la vulneración del derecho fundamental a la igualdad por no dar el mismo trato al que habría podido a priori acceder una pareja heterosexual.

Consta informe médico de una ginecóloga en el que claramente se expone que se trata de una pareja heterosexual que acudió a consulta por deseo gestacional y que al presentar el marido disforia de género resulta inviable, calificándolo como una causa de esterilidad primaria.

Expuestas las particularidades de la pareja, y siguiendo una interpretación finalista de la norma, se declara su derecho a que sean cubiertos por MUFACE los gastos del tratamiento porque éste tiene por finalidad la de "ayudar a lograr la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural". Tal como consta medicamente documentado el marido de la solicitante es estéril, supuesto que tiene encaje en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, más concretamente en lo que se denomina tratamientos de RHA con fin terapéutico a aplicar a las personas que se hayan sometido a un estudio de esterilidad y que se encuentren, entre otras, en situación de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva, constatada tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia del mismo.

Frente a ello, las resoluciones administrativas denegatorias se basaban en que la futura madre no cumplía el requisito de la ausencia de embarazo tras un mínimo de doce meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos, en una interpretación literal y errónea de las normas de imposible aplicación en este caso y que conducía a una situación absurda.

Respecto a la falta de informe favorable del CNRHA, señala el Tribunal que la "falta de autorización" del traslado del material biológico de un centro a otro o que un centro sanitario esté autorizado para la práctica de la técnica de reproducción asistida de que se trate no es el objeto del presente recurso.

Yerra entonces Asisa, compañía colaboradora de MUFACE al denegar el tratamiento por no existir causa médica ginecológica que impida una gestación por medio naturales, siendo MUFACE quien debe pagar el tratamiento de reproducción humana asistida.

Rechaza, sin embargo, la indemnización reclamada por daños económicos y morales, por considerar que la mayoría de ellos no resultan acreditados y además la mayor parte de los gastos referidos corresponderían al marido de la funcionaria, que no resulta legitimado para ser parte activa en el procedimiento por no reunir la condición de mutualista ni de beneficiario.

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

VII- SALUD LABORAL.

- **Responsabilidad de la Administración por no asignación de pacientes a médico sin llevar a cabo una evaluación previa de riesgos.**

Sentencia núm. 1313/2016 de 21 junio TSJ del PV

Osakidetza, una vez incorporado el actor en noviembre de 2010 al Ambulatorio de Durango, no ha llevado a cabo una evaluación de riesgos laborales y de salud laboral en relación con el actor, en especial una evaluación de riesgos psicosociales de este trabajador (que había tenido bajas médicas vinculadas a estrés laboral), y no le ha asignado pacientes (al margen del claro enfrentamiento entre las partes sobre cómo ha de llevarse a cabo el reciclaje del demandante).

Tal proceder de Osakidetza entraña la infracción de los preceptos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales que indica la sentencia, sin perjuicio de significar que no se ha puesto en marcha el Protocolo vigente de conciliación y/o investigación puesto que se paraliza su aplicación cuando se acude a vías judiciales, judicialización del conflicto que en este caso se ha producido desde largo tiempo atrás. Por tal motivo el incumplimiento no cabe atribuirlo a Osakidetza, pero sí la ausencia de evaluación de riesgos laborales del demandante, en especial los psicosociales y, sobre todo, la falta de asignación de pacientes, aunque la actitud del demandante en absoluto es ajena a este incumplimiento, dado que en momento alguno ha facilitado su normal incorporación al puesto asignado en el Ambulatorio, el reciclaje necesario y tras ello la asignación de

Ahora bien, es obligación de la demandada, como de cualquier empleadora, máxime cuando retribuye a sus empleados con fondos públicos, retribución que no ha dejado de hacer efectiva, el proporcionarles ocupación, sin que pueda escudarse en el comportamiento de éstos para no hacerlo dado que tiene a su disposición todas las medidas que le otorga el ordenamiento jurídico para ejercer sus facultades directivas y organizativas, por lo que desde esta óptica, que es la que debe manejarse en este procedimiento- resulta inaceptable el incumplimiento de la obligación de asignar pacientes, como también la evaluación de riesgos psicosociales del mismo (dados los periodos de baja médica).

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

VIII- MEDICAMENTOS.

- Del debate jurídico sobre la sustitución de biológicos por biosimilares.

Texto completo: eupharlaw.com

IX.- REINTEGRO DE GASTOS SANITARIOS.

- Procedencia de reintegro de gastos por asistencia sanitaria prestada en centro sanitario privado ubicado a 1 km de distancia del centro sanitario público.

TSJ Aragón Sala de lo Social, sec. 1ª, S 11-5-2017, nº 283/2017, rec. 225/2017

La circunstancias que concurren en el presente supuesto son que el recurrente, con antecedentes cardiacos y conocimiento de los síntomas, comenzó en su domicilio a experimentar los síntomas de dolor opresivo en el pecho, acompañado de sudoración fría que fue en aumento, por lo que se desplazó en su vehículo al Hospital más próximo que era el Hospital MAZ, el cual distaba 1 KM y 1 minuto del Hospital Royo Villanova, perteneciente al Sistema Nacional de Salud.

Debe de tenerse en cuenta que, por sus antecedentes médicos, el recurrente conocía los síntomas que preceden al infarto de miocardio, y estaba presentando los síntomas que preceden al mismo, por lo que se encontraba en una situación de riesgo vital inminente y era conocedor de dicha circunstancia, como lo pone de manifiesto la asistencia hospitalaria que le fue prestada, y que en dicha situación la premura en recibir la asistencia médica necesaria es requisito ineludible para evitar el riesgo vital, por lo que el recurrente, que se trasladaba en su vehículo con los síntomas de infarto, lo que hizo fue trasladarse al centro sanitario más cercano de su domicilio en donde se encontraba, para poner a salvo su vida, sin ninguna otra consideración.

Dentro de la imposibilidad de utilizar los servicios sanitarios del Servicio Nacional de Salud, según la jurisprudencia antes referida, se encuentra el supuesto en que la tardanza en obtener la asistencia de esos servicios pongan en peligro la vida o curación del enfermo, y dentro de este supuesto se encuentra el del recurrente, pues aun cuando un minuto de circulación a lo largo de 1 Km, pueda considerarse como escaso tiempo, no lo es ante un riesgo inminente de perder la vida, debe de tenerse en cuenta que el recurrente presentaba una obstrucción en DA (lesión subobstructiva 99%), por lo que la Sala estima que se dan los requisitos necesarios para que proceda el reintegro de los gastos médicos reclamados.

Texto completo: poderjudicial.es

- **No es urgencia vital la operación por rotura del ligamento cruzado.**

SJ SOCIAL nº 2 de Guadalajara de 5 de mayo de 2016 nº 148/2016.

La intervención quirúrgica en la sanidad privada de una rotura del ligamento cruzado de la rodilla no genera derecho al reembolso de gastos por la sanidad pública. En este caso la sentencia recoge que por mucho que se quiera flexibilizar el concepto de vital, no cabe apreciar la existencia de urgencia vital. Incluso aun entendiendo que sin la intervención hubiera quedado afectada la funcionalidad de la pierna izquierda, no existió inminencia en la necesidad de la intervención ni se ultimaron todas las posibilidades de atención por la sanidad pública siendo la segunda opinión consultada por la paciente la de la sanidad privada.

- **No procede reintegro alguno de gastos cuando la atención recibida en dicho centro tuvo lugar sin haber obtenido la preceptiva autorización de la Administración.**

SJ SOCIAL nº 3 de Ciudad Real de 19 de septiembre de 2016, nº 359.

No procede el reintegro de gastos sanitarios por la asistencia recibida en la clínica MD Anderson motivada por un proceso oncológico, cuando la atención recibida en dicho centro tuvo lugar sin haber obtenido la preceptiva autorización de la Administración. En este caso en particular la atención médica recibida en la sanidad privada tuvo lugar en la misma fecha en la que desde la Sanidad pública se autorizó su derivación a dicho centro privado. Por otra parte no se aprecia la concurrencia del requisito de urgencia vital, ya que según los informes emitidos en la fecha de su intervención tan solo se apreció un leve aumento de la tumoración, que le fue detectada en el hospital público.

X.- RESPONSABILIDAD SANITARIA.

- Incumplimiento del deber de anotar en la historia clínica.

Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sentencia núm. 756/2018 de 27 julio)

Condena a la Administración por incontinencia urinaria y fecal de la parturienta por el uso del fórceps. Su uso estaba indicado médicamente, si bien en la historia clínica no se documenta debidamente el "iter" seguido en la intervención, de forma tal que no existe un reflejo de las actuaciones habidas en el parte de quirófano.

Ante este déficit documental, no puede presumirse la existencia de una actuación correcta y adecuada a las exigencias del caso, que exigiera a la parte actora demostrar lo contrario, ya que ello sería una prueba de imposible realización, al no existir la documentación necesaria en la que fundamentar la pretensión

Debió prestarse de forma inicial antes del parto, y ello con independencia de que en el mismo se incluyera o no la posibilidad del uso de fórceps, que podría ser sobrevenidamente exigible en función de la circunstancia imprevista de posible daño fetal, ya iniciado el proceso natural del parto.

Texto completo: poderjudicial.es

XI.- SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

- Colaboración entre Universidad y Consejería de Sanidad. Derecho a suscribir con la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública un convenio de cooperación educativa en materia de prácticas académicas curriculares, para que los estudiantes de Ciencias de la Salud matriculados en la UCV puedan hacer prácticas en instituciones sanitarias públicas.

STSJ de Valencia nº 366/2018, de 19 de septiembre.

La STSJ de la Comunidad Valenciana, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 4ª, 366/2018 de 19 Sep. 2018, Rec. 29/2017, ha estimado el recurso contencioso interpuesto por la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Martir" contra la desestimación presunta de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública de informatización de un nuevo convenio de cooperación educativa, reconociendo a la actora, como situación jurídica individualizada, su derecho a suscribir con la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública un convenio de cooperación educativa en materia de prácticas académicas curriculares para que los estudiantes de Ciencias de la Salud matriculados en la UCV puedan hacer prácticas en instituciones sanitarias públicas.

Precisamente la Administración se negaba a autorizar la firma de este convenio por considerar que la firma de un convenio de prácticas curriculares externas en hospitales universitarios no es conforme a derecho por no permitirlo el RD 420/15, de 29 de mayo, de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de Universidades y Centros universitarios, ya que entendía que la excepción no puede convertirse en regla general, al estar asignado un hospital universitario a una sola universidad.

La Universidad de Valencia también se oponía a la demanda, esgrimiendo las mismas razones que la Generalidad, respecto a que en un hospital universitario adscrito a una universidad no puede acordarse el uso por otra salvo la excepción que recoge la norma y cita la Generalidad, y por prohibirlo la ley de incompatibilidades.

En cambio la Sala desestima los argumentos tanto de la Generalitat como de la Universidad de Valencia al afirmar que *“Mantener la opinión contraria, aceptando las razones de la Generalidad a las que nos hemos referido, sería dejar sin contenido el derecho de la actora que como dijimos la Administración le reconoce, que jamás se le podría materializar por la adscripción de un hospital a una Universidad Pública o por incompatibilidad de los facultativos de tales hospitales...”*

Texto completo: poderjudicial.es

5.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

DERECHO SANITARIO.

- Los derechos de la mujer a la libre elección de las circunstancias del parto.

Un estudio comparado e internacional de la atención sanitaria por maternidad, desde la perspectiva del Derecho español.

Más información: marcialpons.es

- La libertad reproductiva en el derecho español y comparado.

Más información: cepc.gob.es

- La protección sanitaria en los Regímenes Especiales de Seguridad Social de los funcionarios públicos.

Más información: dykinson.com

II.- Formación

DERECHO SANITARIO.

- Ilustre Colegio de la Abogacía de Barcelona. XIX Curso de Derecho Sanitario.

Fechas Del 06/11/2017 al 17/01/2018 De 19:00 a 21:00 horas.

Lugar de celebración Aula 73, 7ª planta c/Mallorca, 283.

Más información: icab.cat

- Curso Derecho Sanitario y Biomedicina.

Este curso se desarrolla en colaboración con la Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III, en el marco del Instituto Mixto-Escuela Nacional de Sanidad (IM-ENS).

Más información: imiens.es

- **Implicaciones legales en la gestión de enfermería.**

Hospital Universitario La Paz. 19 y 20 de noviembre

Más información: codem.es

- **Enfermería y Responsabilidad Profesional en Salud Mental.**

Hospital Infanta Leonor. 15 de noviembre de 2018

Más información: codem.es

- **Colegio de médicos de Zamora: Trámites Médico-Legales en la consulta de Atención Primaria.**

28 de noviembre a las 19:00h.

Más información: colmeza.es

-NOTICIAS-

- El Congreso pide volver a reformar la ley para que las chicas de 16 años puedan abortar sin permiso.

Fuente: europapress.es

- Dos años y siete meses de cárcel para un médico del Sergas por ver una historia clínica sin autorización.

Será inhabilitado durante seis años para el ejercicio de su profesión.

Fuente: lavozdegalicia.es

- Los tribunales de oposiciones se nombrarán por sorteo.

La Consellería de Sanidad constituyó ayer oficialmente la comisión asesora de selección y provisión, el primer paso para cumplir la Orden que busca que los tribunales de las oposiciones se conformen por sorteo, de entre el personal que se presente voluntariamente para ello. El personal estatutario que quiera formar parte en los órganos colegiados deberá incorporarse al colegio de Selección y Provisión, siempre que tengan un nivel «de dos o más» de carrera profesional. Desde el sindicato médico Cesm se felicitaron por el paso dado por Conselleria ya que *«dará lugar a que los tribunales sean más equitativos ya que los vocales no tendrán intereses especiales y esperamos una mayor igualdad para todos»*

Fuente: levante-emv.com

- Los médicos holandeses preguntarán a los adolescentes si quieren recibir las vacunas rechazadas por sus padres.

La tasa de inmunización baja en el país, y a partir de los 16 años se pueden tomar decisiones personales contrarias al parecer de los adultos.

Fuente: elpais.com

- Londres prevé cobrar una tasa anual de 456 euros por la sanidad a inmigrantes no europeos.

El Gobierno británico propuso este jueves 11 en el Parlamento una reforma para doblar la tasa que deben pagar los inmigrantes de fuera de la Unión Europea (UE) cada año para tener acceso al sistema sanitario público en el Reino Unido, hasta situarla en 400 libras al año (456 euros).

Fuente: elmundo.es

- **Sanidad pide a sus profesionales autoevaluarse en humanización hacia paciente.**

La Consejería de Sanidad madrileña ha hecho llegar a los profesionales sanitarios un cuestionario de autoevaluación para analizar los criterios de "excelencia en humanización", con el que se pretende conocer e impulsar las distintas acciones que, en el ámbito de la humanización, se incluyen en los centros sanitarios de la región para mejorar la atención que reciben los pacientes.

Fuente: lavanguardia.com

- **La Asociación Madrileña de Enfermería denuncia un nuevo intento de privatización sanitaria.**

A través de la Ley de Salud Pública, que se encuentra en fase de alegaciones, el gobierno abre la puerta a la creación de Agencias Privadas que, según la norma, podrán encargarse desde intervenciones formativas hasta investigación. La Consejería asegura que solo se trata de dar un sello de calidad a entidades que ya realizan estas funciones

Fuente: cadenaser.com

- **Morir bien atendido en España depende del código postal.**

75.000 personas fallecen al año sin asistencia especializada. Hay grandes diferencias de recursos entre autonomías y la distancia del hospital deja sin paliativos algunas zonas rurales.

Fuente: elpais.com

- **La atención sanitaria de España frente a las pérdidas gestacionales es deficiente.**

La asociación Umamanita ha publicado un informe que señala las carencias del sistema sanitario español sobre la atención médica adecuada para lidiar con la angustia y el duelo de quien ha sufrido la pérdida de un embarazo.

Fuente: publico.es

- **Qué está haciendo el mundo para mejorar la atención sanitaria.**

EL PAÍS participa en un proyecto periodístico internacional para abordar los retos del acceso a la medicina, enfermedades no transmisibles y salud mental.

Fuente: elpais.com

-BIOETICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

- **Derechos Humanos y Discapacidad. Informe España 2017.**

CERMI denuncia:

1.- Listas de espera de hasta doce meses en la Comunidad de Madrid para que los niños con discapacidad puedan acceder a una plaza pública de atención temprana.

2.- Creación de un protocolo de atención en urgencias para personas con discapacidad, la mejora del catálogo ortoprotésico, y una mayor coordinación socio-sanitaria.

3.- La falta de accesibilidad a la comunicación en los hospitales obliga a un paciente con sordera a permanecer siete horas en urgencias sin que lo atiendan porque el sistema de avisos es por megafonía.

4.- En algunas Comunidades Autónomas, la renovación del procesador externo del implante coclear está sujeto a un importante copago por parte del usuario.

5.- Las prótesis auditivas, discriminadas frente a otras prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

6.- Violación del consentimiento informado en personas con capacidad judicial modificada:

- a) A las personas con discapacidad no se les garantiza, en la cesión de muestras biológicas, que la información sea comprensible, lo cual dificulta que puedan prestar el consentimiento libre e informado (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, art. 4.1 solo contempla la accesibilidad, no la comprensión).
- b) Las personas con discapacidad cuya capacidad ha sido modificada judicialmente pueden ser sujetos de investigación médica sin su consentimiento libre, ya que puede prestarse por representación (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, art. 4.2).
- c) Las personas con discapacidad cuya capacidad ha sido modificada judicialmente no pueden tener acceso a los resultados de la investigación de las muestras biológicas (Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen 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, art. 32).

Sin embargo, sí está previsto para menores de edad cuando alcanzan la mayoría de edad. De esta forma, además de negarse un derecho, se mantiene la visión de una permanente modificación de la capacidad, como si fuera algo estático e inamovible.

Más información: cermi.es

- **Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. *Morir con dignidad. Madrid 19 de Octubre de 2018.***

Posición de AEBI ante la proposición de ley del PSOE para regular la eutanasia, y que se convierta en una prestación en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Considera que nunca hay motivo que justifique la directa eliminación de un ser humano, apuestan por un reforzamiento de los cuidados paliativos, y critican desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, la posible legalización de la eutanasia por cuanto ocasiona dentro de las profesiones sanitarias un fenómeno corrosivo de su "ethos" y de la relación sanitario-paciente que implicaría una desnaturalización de ellas: un atentado a la integridad ética de los profesionales sanitarios y a la confianza como fundamento de la relación médico-paciente.

Más información: aebioetica.org

- **El principialismo bioético en la humanización de la asistencia al parto.**

En este artículo se ha realizado un análisis bioético de la humanización al parto a partir de una perspectiva crítica y contextualizada del principialismo, presentando las limitaciones de la teoría original para el análisis del parto humanizado y destacando las contribuciones de algunos investigadores para una mejor interpretación del tema.

Más información: upcomillas.es

- **La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria.**

La consideración de la dimensión espiritual del ser humano es un elemento importante para humanizar la asistencia sanitaria. En las últimas décadas, esa dimensión se ha ido incorporando a la atención sanitaria, de modo que, en la actualidad, el modelo de atención puede considerarse un modelo "*bio-psico-social-espiritual*". No obstante, dicha dimensión suele tratarse desde la perspectiva de la necesidad, una mirada que tiende a centrarse en las carencias del individuo. La espiritualidad también puede verse como ámbito de capacidades, de recursos para afrontar mejor la enfermedad. En este artículo, se pretende mostrar que la consideración de la espiritualidad como fuente de capacidades es un elemento importante para la humanización de la asistencia.

Más información: upcomillas.es

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

I.- Bibliografía

- La Ética en 100 preguntas.

Las respuestas de la Ética a los grandes retos del nuevo humanismo: la manipulación genética, el uso de la tecnología, la bioética y la ética ecológica, la ética política, los derechos de los animales, la sostenibilidad y el sistema económico globalizado

Más información: cosadellibro.com

II.- Formación

BIOÉTICA

- Eutanasia y el derecho a disponer de la propia vida. III Jornada del Comité de Ética Asistencial del PSMAR.

Bajo el título "*Eutanasia y el derecho a disponer de la propia vida*", el Comité de Ética Asistencial y el Servicio de Atención al Ciudadano del PSMAR organizan el jueves 15 de noviembre la III Jornada del Comité de Ética Asistencial del PSMAR. Este año, y como en ediciones anteriores, también hacemos referencia a un tema íntimamente ligado a los valores y la Bioética y que, al mismo tiempo, es de interés para los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general, la eutanasia. En la jornada se proporcionarán conocimientos básicos sobre el concepto, el derecho a disponer de la propia vida y sus implicaciones legales y éticas, todo con el fin de promover un espacio de debate bioético con la participación de ponentes de reconocido prestigio, como Albert Royes, doctor en Filosofía y miembro del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD) de la UB y coordinador de '*Morir en libertad*', libro del OBD sobre la eutanasia y el suicidio asistido.

También contaremos con la participación de diferentes profesionales expertos como Marc Antoni Broggi, cirujano y presidente del Comitè de Bioètica de Catalunya, Montse Busquets, miembro del Comitè de Bioètica y de la Comissió Deontològica del Col•legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona, Juana Martínez, doctora adjunta del servicio de Neumología del Hospital del Mar, Isabel Alonso, presidenta de la Associació Dret a Morir Dignament de Catalunya, y Mireia Baylina, vicepresidenta de la Associació Catalana d'Estudis Bioètics.

Más información: parcdesalutmar.cat

- **Bioética: abordaje de conflictos éticos. Centro de humanización de la salud.**

Del 01 de diciembre de 2018 al 01 de marzo de 2019

Modalidad: Online- Créditos: 100 horas

Más información: humanizar.es

- **Curso on line sobre Comités Éticos Asistenciales.**

Los Comités Éticos Asistenciales (CEA) son órganos de reciente creación en la mayoría de los hospitales españoles. El primero en España fue un hospital privado, el Hospital Sant Joan de Deu de Barcelona, constituido en 1982. Más tarde en 1995, el Hospital La Princesa de Madrid fue el primer hospital público (INSALUD) que acreditó su Comité Asistencial Ético. Por tanto, la mayoría de los CEA en España tienen una historia muy reciente y aún se encuentran algunos Comités en periodo de acreditación, y formación de sus componentes.

Más información: bioeticacs.org

- **Diploma de Especialización en Bioética (9ª edición). Escuela Andaluza de Salud Pública**

Más información: easp.es

- **Los valores de la bioética: una mirada a la Educación Secundaria.**

20 de noviembre, 17h.

Casa de la Convalescència
Sala dels Mecenes
c/Dr. Junyent, 3 Vic

Más información: grifols.com