



# SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

## BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 176 FEBRERO 2020.

Editado por la Secretaría General del Sescam.

ISSN 2445-3994

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

---

### EQUIPO EDITORIAL:

**D. Vicente Lomas Hernández.**

Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

**D. Alberto Cuadrado Gómez.**

Secretaría General. Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

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

# SUMARIO:

## -DERECHO SANITARIO-

### 1.-LEGISLACIÓN.

- I.-INICIATIVAS LEGISLATIVAS: 2
- II.-LEGISLACIÓN ESTATAL: 2
- III.-LEGISLACIÓN AUTONÓMICA: 2

### 2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

- Grupo parlamentario socialista: Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida (2020). 6

### 3.- SENTENCIA PARA DEBATE:

- COMENTARIO A LA STS DE 22 DE ENERO DE 2020: Acción de repetición de los servicios públicos de salud en los diversos supuestos de aseguramiento de asistencia privada. Determinación de los “terceros obligados al pago” de las prestaciones sanitarias públicas. Escenarios posibles. 10

M<sup>a</sup> del Carmen González Carrasco.  
Catedrática de Derecho Civil. Universidad de Castilla-La Mancha.

### 4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS. 15

### 5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 37

## -NOTICIAS-

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de Febrero de 2020 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética. 39

## -BIOÉTICA y SANIDAD-

### 1.- CUESTIONES DE INTERÉS. 41

### 2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 45

# **-DERECHO SANITARIO-**

## **1-LEGISLACIÓN**

### **I. INICIATIVAS LEGISLATIVAS.**

- Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. (Grupo parlamentario socialista).

[congreso.es](http://congreso.es)

- Proposición no de Ley sobre mejora de los permisos por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave (Grupo parlamentario ciudadanos).

[congreso.es](http://congreso.es)

- Proposición no de Ley relativa a la elaboración de un baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria. (Grupo parlamentario popular).

[congreso.es](http://congreso.es)

### **II. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.**

#### **ANDALUCÍA.**

- Decreto 8/2020, de 30 de enero, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía.

[boja.es](http://boja.es)

#### **NAVARRA.**

- Resolución 1625/2019, de 31 de diciembre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se crea en la Comunidad Foral de Navarra el Comité Autonómico de Coordinación Asistencial del Cáncer Infantil y de la Adolescencia.

[bon.es](http://bon.es)

## PAÍS VASCO.

- Orden de 10 de febrero de 2020, de la Consejera de Salud, por la que se regula la visita médica de las y los delegados de la industria farmacéutica y de representantes de fabricantes, distribuidores o comercializadores de productos y tecnologías sanitarias, en las organizaciones de servicios sanitarios del Sistema Sanitario de Euskadi.

[bopv.eus](http://bopv.eus)

## ARAGÓN.

- Orden PRI/64/2020, de 20 de enero, por la que se dispone la publicación del acto de adhesión al convenio entre la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y el Departamento de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Aragón, para la implementación de los programas de optimización de uso de antibióticos (PROA) en el ámbito hospitalario, de atención primaria y sociosanitarios.

[boa.es](http://boa.es)

- Resolución de 30 de enero de 2020, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se modifica la Resolución de 16 de mayo de 2008, por la que se dictan instrucciones para desarrollar la actividad de autoconcierto, con personal propio fuera de la jornada ordinaria en los centros sanitarios de Servicio Aragonés de Salud.

[boa.es](http://boa.es)

## VALENCIA.

- Decreto 11/2020, de 24 de enero, del Consell, de regulación de la Central de Compras en el ámbito de la sanidad pública valenciana.

[dogv.es](http://dogv.es)

- Orden 1/2020, de 14 de febrero, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se acuerda la creación de la comisión de seguimiento del plan de ordenación de recursos humanos del personal de gestión directa de la conselleria con competencias en materia de sanidad (PORH).

[dogv.es](http://dogv.es)

- Resolución de 5 de febrero de 2020, de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública por la que se aprueba el Plan de Inspección de Servicios Sanitarios para el año 2020.

[dogv.es](http://dogv.es)

## **CANTABRIA.**

- Orden SAN/18/2020, de 17 de febrero, por la que se crea y regula el Comité Corporativo de Farmacia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

[boc.es](http://boc.es)

- Orden SAN/15/2020, de 31 de enero, por la que se crea y regula el Comité de Sistemas y Tecnologías de la Información del Sistema Sanitario Público de Cantabria.

[boc.es](http://boc.es)

## **LA RIOJA.**

- Resolución de 4 de febrero de 2020, de la Presidencia del Servicio Riojano de Salud, por la que se determina el carácter y las condiciones de los permisos del personal de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Servicio Riojano de Salud que participe en emergencias humanitarias como persona voluntaria en operativos internacionales de ayuda humanitaria coordinados por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en el marco del Equipo Técnico Español de Ayuda y Respuesta en Emergencias (Equipo START).

[bor.es](http://bor.es)

## **GALICIA.**

- RESOLUCIÓN de 10 de febrero de 2020, de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad, por la que se da publicidad de la Instrucción 2/2020 relativa al protocolo para el tratamiento de datos de salud en estudios de investigación biomédica.

[dog.es](http://dog.es)

## **MADRID.**

- Acuerdo de 19 de febrero de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se procede a la corrección de errores del Decreto 308/2019, de 26 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura directiva del Servicio Madrileño de Salud.

[bocm.es](http://bocm.es)

## **EXTREMADURA.**

- Resolución de 4 de febrero de 2020, de la Dirección Gerencia, por la que se modifica la medida de jubilación y procedimiento de prolongación en el servicio activo incluida en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Organismo Autónomo aprobado por Resolución, de la Dirección Gerencia, de 7 de abril de 2015.

[doe.es](http://doe.es)

## **CEUTA.**

- Decreto del Consejero de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de la Ciudad de Ceuta, de trece de enero de dos mil veinte, por el que se aprueba el calendario de vacunaciones de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

[bocce.es](http://bocce.es)

## **CATALUÑA**

- Acuerdo GOV/33/2020, de 25 de febrero, por el que se autoriza la constitución de la entidad de derecho público Salud Catalunya Central y se aprueban los Estatutos y el Convenio regulador.

[dogc.es](http://dogc.es)

- Resolución SLT/474/2020, de 18 de febrero, Actualiza los estándares de acreditación de los centros de atención hospitalaria aguda de Cataluña.

[dogc.es](http://dogc.es)

## **BALEARES.**

- Acuerdo del Consejo de Gobierno de 28 de febrero de 2020 por el que se autoriza la superación de los límites previstos en el artículo 7.1 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas, para el personal sanitario estatutario, laboral y funcionario de las escalas sanitarias que presta servicios en las instituciones sanitarias dependientes del Servicio de Salud de las Illes Balears, para realizar labores de investigación sanitaria en puestos de trabajo del IdISBa.

[boib.es](http://boib.es)

- Resolución de la consejera de Salud y Consumo de 14 de febrero de 2020 por la que se crea el Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades Infecciosas de las Illes Balears.

[boib.es](http://boib.es)

## **ASTURIAS.**

- Acuerdo de 20 de febrero de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se fijan con efectos de 1 de enero de 2020 las cuantías de las retribuciones del personal al servicio de la Administración del Principado de Asturias.

[bopa.es](http://bopa.es)

## 2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

- Grupo parlamentario socialista: Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida (2020).

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

La Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia publicada en el Boletín de Derecho Sanitario correspondiente al mes de enero del presente año, tiene por objeto la regulación del derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir (eutanasia) de quién sufre una enfermedad grave e incurable o padece una enfermedad grave, crónica e invalidante; esta otra proposición de ley, regula los derechos al final de la vida de aquellas personas que se encuentren precisamente en el proceso final de su vida en cualquiera de sus dos modalidades: situación terminal o situación de agonía.

Los dilemas éticos que se suelen plantear en este último tramo de la vida están relacionados con:

- a) Sedación profunda e irreversible del paciente.
- b) Determinar cuándo un paciente se encuentra en situación de final de la vida, y por tanto, susceptible de acogerse a las medidas previstas en la ley.
- c) Denegación o retirada de tratamientos de soporte vital.
- d) Retirada de la hidratación y nutrición.
- e) Determinación de la voluntad del paciente en estado vegetativo.
- f) La problemática singular de la reanimación cardiopulmonar.
- g) La toma de decisiones en los casos de paciente terminal menor de edad.
- h) Oposición de la familia a la retirada o no instauración de tratamientos.

### 1. Oposición de la familia a la retirada o no instauración de tratamientos.

Precisamente en relación con esta última situación conflictiva cuando el paciente presenta un estado de consciencia gravemente alterado, el art. 6.4.3º establece:

*“El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación que les imposibilite o dificulte gravemente la toma de decisiones se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal y valores vitales. Para la interpretación de la voluntad de los pacientes se tendrán en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubieran formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad. También se tendrá en cuenta el parecer del equipo sanitario responsable de su atención”.*

Esta previsión, a su vez, habrá que completarla con lo dispuesto en el art. 8.3 cuando dispone:

*“Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en las instrucciones previas, a fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en ese momento con capacidad de expresarla, quien la represente tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en dichas instrucciones (art. 8.3)”*.

## 2. Pacientes terminales menores de edad.

Otro de los escenarios especialmente proclive al conflicto es el protagonizado por los pacientes menores de edad. La proposición socialista establece que los menores capaces, emancipados o con dieciséis años cumplidos, deciden ellos, sin que quepa en estos casos la posibilidad de prestar el consentimiento por representación.

No contempla la figura del menor maduro, pues solo admite la decisión autónoma del menor si siendo capaz concurren las dos circunstancias añadidas antes expuestas: emancipación, o cumplimiento de la edad de 16 años.

Para el resto de supuestos, es decir, menores de 18 años no capaces o incapacitados, y menores de 16 años aunque sean capaces, la decisión corresponderá al representante (art. 10.3).

¿Qué sucede si teniendo que decidir los progenitores o el representante del menor, éstos se niegan a la realización de determinadas pruebas o tratamiento? En tal caso, el art. 10.4.b) establece respecto de *“la realización pruebas de detección o de tratamiento, que se considere oportuno aplicar al menor, que el consentimiento en los supuestos descritos anteriormente corresponderá al representante. En caso de que no prestaran su consentimiento, será la autoridad judicial, previa prescripción facultativa, quien otorgará, en su caso, el consentimiento, primando siempre el bienestar de la persona menor de edad”*.

## 3. Derecho a la intimidad del paciente menor de edad en estado terminal, y si este derecho puede verse afectado por el ejercicio de la patria potestad de los progenitores.

El documento objeto de comentario reconoce el derecho a la intimidad del menor de edad, pero se trata de un derecho debilitado, al menos frente a sus padres/representantes legales, que en todo caso tendrán derecho a ser informados de su estado de salud. O dicho de otro modo, el paciente menor de edad no podría impedir, en el ejercicio de ese derecho a la intimidad, la transmisión de información a sus progenitores.

## 4. Sedación.

La polémica sedación también es objeto de regulación, al proclamar que *“Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a una atención integral, que prevenga y alivie el dolor y sus manifestaciones, incluida la sedación paliativa si el dolor, o cualquier otro síntoma, que produzca molestias severas, son refractarios al tratamiento específico, aunque ello implique un acortamiento de su vida”*.



## 5. Autonomía del paciente y deber del profesional.

La autonomía del paciente en estado terminal y su colisión con la autonomía científica y técnica del profesional sanitario, constituye igualmente uno de los problemas de difícil resolución. ¿Tiene el médico que acatar la voluntad del paciente terminal en todo caso?

De una parte el art. 13.2 establece *“la obligación de respetar su voluntad y sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y en sus respectivas normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales”*, lo que se debe completar con lo dispuesto en el art. 15.3: *“En cualquier caso, los profesionales sanitarios responsables de la atención al paciente, están obligados a ofrecerles aquellas intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y bienestar, y a respetar el consentimiento informado del paciente en los términos previstos en la presente ley”*; y como cláusula final de exoneración de responsabilidad para el profesional añade:

*“El cumplimiento de la voluntad manifestada por el paciente en la forma prevista en la presente ley, excluirá cualquier exigencia de responsabilidad por las correspondientes actuaciones de los profesionales sanitarios dedicadas a dar cumplimiento a su voluntad”*.

¿Quiere ello decir que el profesional debe respetar la decisión del paciente aun cuando ésta resulte contraria a la buena práctica médica, y que en el caso de obrar de ese modo el facultativo quedaría exonerado de cualquier responsabilidad? ¿Se podría oponer frente a la autonomía del paciente, el deber profesional de limitar el esfuerzo terapéutico?

## 6. Deber de adecuación del esfuerzo terapéutico.

La actuación del médico en cumplimiento de este deber, *“se llevará a cabo oído el criterio profesional del personal de enfermería responsable de los cuidados”*. Nada se dice respecto de los cuidados consistentes en la hidratación y la alimentación, así como su rechazo por el paciente, o a la inversa, su no retirada porque así lo hubiera manifestado el paciente, ya sea de forma consciente, o bien por quedar recogido en documento de instrucciones previas.

Es en este contexto delimitado por el deber de adecuación de esfuerzo terapéutico donde habrá que enmarcar las dudas sobre si incurre o no en obstinación terapéutica el profesional sanitario que, dejándose llevar por la voluntad manifestada del paciente terminal de que se le realicen todas las técnicas que resulten precisas, lleva a cabo maniobras de reanimación cardiopulmonar.

## 7. Determinar si un paciente está en situación de incapacidad de hecho.

La *“Decisión de si un paciente al final de la vida está o no incapacitado de hecho, requiere que previamente se contar con la opinión de otros profesionales implicados, directamente, en la atención de los pacientes. Asimismo, se podrá consultar a la familia con objeto de conocer su opinión”*.

## 8. Otros derechos.

Se proclama el derecho al acompañamiento (art. 12), incluida la vertiente espiritual de este mismo derecho en atención a las creencias del paciente, y el correlativo deber de los profesionales de hacerlo efectivo en los términos del art. 18, todo ello con una mención expresa en el apartado tercero de este último precepto a la presencia de personal de voluntariado de organizaciones sin ánimo de lucro.

Se amplía el alcance del derecho a la segunda opinión, al reconocer el derecho a solicitar y disponer de una segunda opinión sobre los cuidados asistenciales y paliativos que puedan contribuir a su bienestar en el proceso final de la vida. Obviamente la respuesta de la institución al ejercicio por el paciente de este derecho se tendrá que materializar dentro de unos plazos que, se supone, deberán ser muy cortos.

## 9. Garantías:

- a) Garantía general de preservación de los derechos previstos en la Ley.
- b) Elaboración de un modelo de documento de instrucciones previas.
- c) Atención en el duelo a la familia y a las personas cuidadoras y promoción de medidas para la aceptación de la muerte de un ser querido.
- d) Estancia en habitación individual.
- e) Asesoramiento del Comité de Ética Asistencial.

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

- **COMENTARIO A LA STS DE 22 DE ENERO DE 2020: ACCIÓN DE REPETICIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN LOS DIVERSOS SUPUESTOS DE ASEGURAMIENTO DE ASISTENCIA PRIVADA. DETERMINACIÓN DE LOS “TERCEROS OBLIGADOS AL PAGO” DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS PÚBLICAS. ESCENARIOS POSIBLES.**

M<sup>a</sup> del Carmen González Carrasco.  
Catedrática de Derecho Civil UCLM.  
Consejera académica Moreno Boj& equipo MBE.

#### **1. EL SUPUESTO ENJUICIADO**

En el supuesto enjuiciado por la STS (1<sup>a</sup>) de 22 de enero de 2020, la paciente asegurada era titular de una póliza privada “Aresa Universal” y, a su vez, se encontraba dada de alta en el sistema público de salud del gobierno vasco. Al amparo de la póliza privada de asistencia sanitaria, dio a luz en un centro concertado con su aseguradora. Recién dada de alta la asegurada, la recién nacida sufrió una ictericia con hiperbilirrubilemia que motivó una visita a la clínica y que determinó, por indicación de los médicos que prestaban servicios en la misma, su traslado en ambulancia a un Hospital Público del Gobierno Vasco, donde fue ingresada en el servicio de Neonatología. Estuvo ingresada en dicho hospital durante una semana, recibiendo un tratamiento de fototerapia del que no disponía la clínica privada donde se atendió el parto, conjuntamente con otro tratamiento de antibioterapia.

Por parte del Servicio Público de Salud del País Vasco se presentó demanda contra la compañía Segurcaixa Adeslas de Seguros y Reaseguros, que absorbió a la entidad Aresa Seguros Generales, instando la condena de la misma a hacerse cargo del coste del tratamiento dispensado a la recién nacida, en aplicación de lo dispuesto en los arts. 103 de la Ley 50/1980, del Contrato de Seguro (en adelante LCS) y 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), en reclamación de la suma de 9.744,49 euros.

Tanto el Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de Bilbao como, en apelación, Audiencia Provincial de Vizcaya desestimaron la demanda, razonando que la póliza contemplaba la posibilidad de dar de alta a la menor en el plazo de los treinta días siguientes al parto o, incluso, con posterioridad, lo que no hizo la asegurada, que optó porque su hija fuera tratada en la sanidad pública, en la que se le siguió atendiendo por otra patología.

Por la representación del Servicio Vasco de Salud se presentó recurso de casación por interés casacional, considerándose infringidos los arts. 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, así como los arts. 103 y 105 de la LCS, y la jurisprudencia de diversas Audiencias Provinciales.

## 2. FUNDAMENTOS DEL FALLO

Lo que hace interesante a esta STS no es la confirmación de la inexistencia de vínculo contractual entre la asegurada y su aseguradora. De hecho, parecía bastante evidente la conclusión de que, a pesar de las atenciones básicas perinatales, nunca llegó a nacer una obligación contractual de la aseguradora demandada de hacerse cargo de los gastos de la asistencia médica de la niña, con los efectos retroactivos que la póliza garantizaba y que no fueron activados por la madre asegurada. Lo verdaderamente relevante de la sentencia que nos ocupa, es la clara diferenciación de escenarios posibles que la misma realiza en torno al derecho de repetición que pudiera asistir a los servicios públicos de salud frente a la aseguradora como “tercero obligado al pago”.

1.- En primer lugar, se plantea la Sala qué ocurre en los casos en los que la madre asegurada acude directamente a los servicios públicos de salud, a los que (también) se halla afiliada. Y lo hace, como es el caso que nos ocupa, sin haber realizado los actos (anteriores o posteriores) necesarios para incluir a la neonata en su póliza de asistencia sanitaria, impidiendo con ello la adquisición de su condición de beneficiaria.

En efecto, en este caso no surge en ningún caso el derecho de repetición, pues falta la premisa mayor - la condición de beneficiaria de la paciente-, que fue rechazada por decisión de no dar de alta a su hija recién nacida en la póliza privada dentro de sus treinta primeros días de vida.

2.- En segundo lugar, se plantea el TS qué ocurriría si la menor ya estuviera siendo atendida en un centro médico concertado por la aseguradora privada, conforme a una condición (previa o retroactivamente consolidada) de beneficiaria del seguro de asistencia sanitaria suscrito por su madre, y la madre solicitase el alta voluntaria en el mismo para el traslado de su hija a un centro del servicio público de salud, en virtud de sus respectivas condiciones de asegurada y beneficiaria, por considerarla más idónea para la atención de su hija.

En este caso, según el TS, tampoco nacería el derecho de repetición. Como ya señaló la STS 835/2006, de 19 de julio (RJ 2006, 5144), cabría *"acudir entonces al Centro público, que estaría obligado a prestarle, como beneficiaria de su sistema, las atenciones que precisara"*.

3.- Por último, la Sala se sitúa en un escenario en el que la madre *sólo contase con un seguro privado*, que cubre la asistencia sanitaria de su hija, siendo que la atención de la niña exigiera un tratamiento médico del que careciese la compañía privada de salud, y que, bien por indicación de los facultativos de dicha entidad, debido a carencia de medios adecuados, o bien por urgencia o riesgo vital, fuese dispensado por la sanidad pública de la cual no es afiliada la madre, ni beneficiaria su hija.

En este último supuesto, según el TS, el derecho de repetición procedería “*por aplicación del art. 83 LGS<sup>1</sup>, puesto que no es de recibo que el compromiso contractual asumido se preste aprovechando o utilizando la red sanitaria pública. En este sentido - y por lo que se dirá, sólo en este contexto de aseguramiento sustitutorio, nunca complementario- cabe afirmar, como lo hace el TS, que “si la entidad demandada se comprometió contractualmente a prestar la asistencia sanitaria a sus asegurados y, por imposibilidad de llevarla a efecto, los deriva a la red de centros de la sanidad pública, la reclamación efectuada por éstos de los gastos dispensados se encuentra amparada en la mentada ley general”.*

### 3. COMENTARIO

De la diferenciación de escenarios realizada por la Sala 1<sup>a</sup>, puede afirmarse que las entidades aseguradoras de asistencia sanitaria no pueden resultar obligadas al pago de los gastos médicos causados al sistema público de salud cuando se trate de un supuesto de doble cobertura o seguro voluntario complementario, en el que el asegurado acuda a un centro sanitario público en su condición de asegurado o beneficiario de la sanidad pública; mientras que esta obligación de reembolso puede surgir en varios supuestos de aseguramiento de la asistencia sanitaria de los previstos en los arts. 105 y 106 LCS:

a) En el sistema de asistencia sanitaria privada sustitutoria contemplada en los supuestos de mutualismo administrativo, dentro de las condiciones previstas en los conciertos anuales suscritos entre las compañías aseguradoras y el SNS. En estos casos, en cuanto al derecho de repetición del servicio público prestador de la asistencia sanitaria, es de aplicación la Disp. Adic. sexta. (“*Extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública*”) de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, según la cual “*las personas titulares o de beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por MUFACE, MUGEJU o ISFAS, que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo a la normativa vigente*”. Dicha normativa es, además de la contemplada en el art. 83 LGS, -que se refiere a seguros obligatorios, sujetos responsables de los daños causados y sus aseguradoras-, el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

---

<sup>1</sup> Según el art. 83 de la Ley General de Sanidad, “*los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes. A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados*”.

b) El derecho de repetición del servicio público de salud también procede en casos de asistencia sanitaria a pacientes con seguros de asistencia sanitaria privada y sustitutoria motivada por la existencia de algunos supuestos de exclusión de la cobertura sanitaria pública (cuasi) universal de los residentes legales en España garantizada por la Ley 33/2011, General de Salud Pública y que ahora se ha extendido tras el RD Ley 7/2018<sup>2</sup>.

c) En tercer lugar, procederá el derecho de repetición del servicio público de salud frente a la aseguradora de asistencia sanitaria del paciente, cuando la prestación sanitaria se lleve a cabo por aquél en virtud de necesidades asistenciales surgidas en el ámbito de actividades que cuentan con un seguro obligatorio o de obligatoria suscripción para la realización de una determinada actividad (deportistas federados asegurados según el RD 849/1993, de 4 de junio, caza, cuyo seguro se regula reglamentariamente en el RD 63/1994, de 21 de enero, etc.). A dichos seguros se refieren expresamente el art. 83 LGS y el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, *por el que se establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, cuyo punto 7 se cierra con la referencia a cualquier otro supuesto en que, **en virtud de normas legales o reglamentarias** (como las enunciadas), se establezca la obligatoriedad de asegurar o abonar la asistencia sanitaria motivada por algún ámbito de actividad por parte de un tercero.

d) Por el contrario, en los casos en los que, existiendo cobertura contractual previa del asegurado o beneficiario de una póliza de asistencia sanitaria privada *no obligatoria* y complementaria con la condición de afiliado o beneficiario (doble cobertura pública-privada), y aunque no sea el paciente, a través de su alta voluntaria, sino la propia entidad, o los centros o profesionales de sus cuadros quienes, una vez iniciada la asistencia, la denieguen o deriven al paciente a un centro sanitario público en el que éste ostenta la cualidad de asegurado afiliado o beneficiario, la entidad aseguradora de asistencia sanitaria no ostenta la condición de “tercero obligado” en el sentido del art. 83 LGS por la asistencia posteriormente recibida, sin perjuicio de las acciones generales de incumplimiento contractual que puedan competir únicamente al asegurado frente a la entidad (art. 1.257 CC); y ello sin perjuicio de que, atendidas las especiales circunstancias que concurran en cada caso, la ausencia de medios y la derivación sistemática de pacientes al servicio público de salud pudiera suponer una infracción administrativa tipificada y sancionada en el capítulo VI del título I LGS.

Como ya se ha adelantado, esta última conclusión no es unánime en la doctrina ni en las resoluciones de las Audiencias Provinciales. Según una interpretación del art. 83 LGS que ha de rechazarse en la actualidad, especialmente tras la claridad del RD 1030/2006 ya reproducido, el derecho de reembolso sería aplicable incluso en los numerosísimos supuestos de doble cobertura por la existencia de un seguro privado suplementario o complementario de la tarjeta sanitaria pública individual, sea éste de carácter obligatorio o voluntario. Y ello sobre la base -errónea- de considerar que la ausencia de concierto con centros médicos que pudieran prestar la asistencia requerida se reputa como causante directo de la intervención, y convierte a la aseguradora en “tercero

---

<sup>2</sup> Las exclusiones se refieren en la actualidad a españoles no residentes y a los extranjeros extracomunitarios, quienes, para residir de forma “legal” en nuestro país deben contar con un seguro público o un seguro privado de enfermedad concertado con una entidad aseguradora autorizada para operar en España (art. 46 RD557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la LO 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por LO 2/2009). Asimismo, los estudiantes comunitarios extranjeros requieren un seguro de enfermedad (art. 7.1 RD 240/2007). Dichas aseguradoras serán las obligadas al pago en el caso de que requieran los servicios de la sanidad pública (disp. adicional VI de la Ley 33/2011 de Salud Pública).

responsable" en los términos del indicado artículo 83 LGS (SSAP Baleares, Sección Cuarta, de 25 marzo 1999, 2 mayo 2000 y 31 mayo 2007; asimismo, SSAP A Coruña de 20 septiembre 2001 y Madrid de 29 de julio de 2005).

Sin embargo, como se deduce de la STS de 22 de enero de 2020, esta doctrina de las Audiencias es equivocada. Nótese que el RD 1030/2006, establece la obligación de pago del tercer asegurador en los supuestos en que existan seguros *obligatorios* privados, tales como el seguro de deportistas federados o el del automóvil; mientras que los supuestos contenidos en la cláusula de cierre del punto siete del Anexo IX ("otros obligados al pago") se refiere a los *obligados* al pago en virtud de normas **legales o reglamentarias**, pero no a los obligados por contrato<sup>3</sup>. No puede sostenerse que las normas legales o reglamentarias a las que se refiere esta cláusula de cierre puedan comprender también las que rigen las relaciones contractuales entre el asegurado y su asegurado de asistencia sanitaria, porque, en primer lugar, estas relaciones están regidas por el principio de relatividad de los contratos (art. 1.257 CC), mientras que el servicio público de salud atiende una obligación propia al prestar asistencia sanitaria, sin estar legitimado según las normas generales -arts. 1158 y 1210 del Código Civil, artículo 43 de la Ley de Contrato del Seguro-, para reclamar frente a otros seguros privados que el mismo pueda tener para cubrir idéntico riesgo. Y, en segundo lugar, porque con ello se haría de peor condición a los asegurados del SNS que optan por *complementar* la cartera de prestaciones aparejadas a su tarjeta sanitaria individual, desincentivando la contratación de seguros privados de asistencia sanitaria, y con ello, perjudicando al conjunto del sistema en términos de sostenibilidad<sup>4</sup>; pues, qué duda cabe que incentivar el aseguramiento sanitario privado puede beneficiar al sistema sanitario público términos de equidad vertical, si todos contribuyen al seguro público y solamente los individuos con mayores recursos financian, además, sus prestaciones privadamente.

#### 4. CONCLUSIÓN

En definitiva, los supuestos de doble cobertura pública-privada que no están previstos expresamente como "*terceros obligados al pago*" en los puntos 1 a 6 del Anexo IX del RD 1030/2006 ni se contemplan como tales en otras normas legales o reglamentarias (punto 7 del mismo Anexo), constituyen un supuesto de obligaciones de hacer indistintas que no da lugar a repetición en la vía interna. Todo ello, a salvo de las acciones contractuales de la asegurada frente a la aseguradora y de las posibles infracciones administrativas contempladas en la normativa sanitaria, a la cual se remite el art. 105 de la Ley del Contrato de Seguro.

---

<sup>3</sup> En contra, CAVAS MARTÍNEZ, F. para quien el "tercero obligado al pago", puede serlo legal o reglamentariamente o por virtud de contrato o, incluso, por responsabilidad extracontractual ("El reembolso del gasto sanitario frente a terceros obligados al pago" en *Revista Derecho Social y Empresa*, nº 10, febrero 2019, pág. 23).

<sup>4</sup> Sobre ello, GONZÁLEZ CARRASCO, MC. Algunas cuestiones acerca de los seguros de salud en España, *Revista Aranzadi Civil* nº 3, 2007, págs. 2691-2709, con base en el estudio de COSTA FONT Y GARCÍA VILLAR, "Cautividad y demanda de seguros sanitarios privados" (*Cuadernos económicos* nº 66, 2002).

## 4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS

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

### I- RECURSOS HUMANOS:

- La mujer embarazada tiene derecho a percibir el complemento de atención continuada por guardias no realizadas.

STSJ Galicia Sala de lo Contencioso-Administrativo, sec. 1ª, S 06-03-2019, nº 117/2019, rec. 451/2018.

Facultativa especialista de área de otorrinolaringología, que prestaba servicios como personal estatutario del Sergas en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Con motivo de su embarazo se procedió a la adaptación de su puesto de trabajo, no realizando guardias médicas desde el mes octubre del 2017. El día 25 de noviembre siguiente inició el permiso por maternidad, sin que se le haya retribuido durante todo este tiempo el complemento de atención continuada.

*“La trabajadora se ha visto privada de un complemento retributivo, como es la atención continuada, por el hecho de la maternidad, lo cual implica una discriminación por razón de sexo.*

*En primer lugar, en cuanto a que el complemento de atención continuada no es fijo en la cuantía ni en el devengo, y solo se genera con la prestación efectiva de servicios, ha de convenirse con el juzgador en que la compensación económica que los facultativos del Sergas perciben en concepto de guardias se integra en sus retribuciones mensuales, constituyendo una parte muy importante de su sueldo”.*

*“No puede mantenerse que no exista discriminación por el hecho de que el Sergas se encuentre en el ejercicio de actos amparados por la ley, pues tal como razona el TC en la sentencia 4 de julio de 2005 (Recurso: 2447/2002 ):*

*“Ya hemos dicho que, incluso si concurriera causa legal, la libertad empresarial no alcanza a la producción de resultados inconstitucionales (por todas, STC 87/2004, de 10 de mayo, FJ 2), y que no es admisible una minusvaloración o perjuicio en las condiciones de trabajo inmediatamente asociado a la maternidad, al constituir una discriminación directa por razón de sexo.*



No es, desde luego, un criterio aislado, sino que lo siguen otros tribunales, y no solo de la Jurisdicción social (Tribunal Supremo, Sala de lo Social, sentencia de 24 de enero de 2017 -Recurso 1902/2015 -, o la del TSJ de Galicia de 27 de abril de 2018 -Recurso: 4822/2017 -), entre otros, que analizan la misma cuestión pero respecto de los médicos residentes), sino también por Tribunales pertenecientes esta jurisdicción contencioso-administrativa. Sirva de ejemplo la sentencia del TSJ de Aragón de 9 de noviembre 2015 -Recurso número 148/2013 -, que estimó la solicitud de unas enfermeras de instituciones penitenciarias a que se les abonasen las guardias sanitarias que debieron realizar durante el periodo temporal por riesgo de embarazo y licencia por maternidad”.

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

- Valoración en proceso selectivo de servicios prestados en empresas adjudicatarias del servicio de transporte sanitario: equiparable a centro sanitario.

**STS (Contencioso-Administrativo, Sección4ª) núm. 575/2019 de 26 abril.**

La base del proceso selectivo cuya aplicación motiva el recurso de casación establece que *“Por cada mes completo de servicios prestados en la misma categoría a la que se concursa, en centros sanitarios concertados con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía o adscritos al Sistema Sanitario Público de Andalucía en virtud de un convenio singular de vinculación: 0,15 puntos”*.

La administración, para desestimar la pretensión del aspirante, alega que se trataba de servicios prestados en empresas de ambulancias que no suscribieron concierto con la Consejería de Salud, sino que formalizaron contratos públicos con el SAS para la prestación del servicio de transporte sanitario. En consecuencia, entiende que esta experiencia no puede ser valorada en el sub-apartado 1.3 del baremo.

*“El sentido de la Base no es considerar presupuesto esencial el tipo de relación jurídica pactada o el órgano administrativo que la haya suscrito, sino, más bien, que se trate de una relación jurídica válida que conlleve como efecto jurídico que la empresa de que se trate, concertada o adscrita, preste con la debida autorización sus servicios sanitarios para el Servicio Andaluz de Salud. Asimismo recuerda que una ambulancia sí es un centro sanitario”*.

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

- El abuso fraudulento del nombramiento eventual no comporta que el trabajador cesado deba reincorporarse a su anterior puesto de trabajo hasta que éste sea adjudicado a personal fijo.

**SJC-A núm. 1 de Salamanca núm. 324/2019 de 26 noviembre.**

Existe una serie de contratos que deben estar incluidos dentro de la utilización abusiva de los nombramientos de personal estatutario eventual, de conformidad con la sentencia del Tribunal de Justicia de 14 de septiembre de 2016 y del TS de 26 de septiembre de 2018, pues estamos ante contratos que se van enlazando durante más de dos años y exponiendo como causa la acumulación de tareas sin justificar si realmente durante ese período de tiempo, que abarca más de tres años con sucesivos contratos realizados, existe dicha acumulación de tareas o es estructural. Téngase en cuenta además que tras el cese del recurrente, se volvió a contratar personal eventual para el desempeño de las tareas que venía realizando el recurrente.

En los casos en que se haya producido un abuso en la contratación temporal por haber enlazado varios nombramientos como personal eventual sin dar cumplimiento a lo expuesto en la normativa aplicable, lo que procede es acordar que subsista y continúe la relación de empleo como personal eventual hasta que la Administración cumpla en la debida forma con lo dispuesto en la normativa aplicable.

Sin embargo, la parte recurrente solicitaba la reincorporación hasta el momento en que el mismo haya de ser adjudicado a personal fijo propietario. Esta petición no puede ser acogida, por lo que procede estimar parcialmente el recurso y anular el cese y la continuación del recurrente con abono de las retribuciones dejadas de percibir hasta tanto la Administración demandada adopte la decisión que corresponda según lo que resulte de cumplir lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 2/2007 de 7 de marzo y el artículo 9.3 de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre.

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

- **Anulación de la Orden San/974/2018, de 7 de junio, de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón por la que se suprimen las categoría profesionales de Psicólogo/a de Atención primaria y Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica de Atención primaria en el ámbito de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud y se establece el procedimiento de incorporación de estos profesionales a la categoría de Facultativo/a Especialista de Área en Psicología Clínica.**

**STSJ de Aragón, (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª). núm. 651/2019 de 11 diciembre.**

La Abogacía del Estado impugna la Orden San/974/2018, de 7 de junio, de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón por la que se suprimen las categoría profesionales de Psicólogo/a de Atención primaria y Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica de Atención primaria en el ámbito de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud y se establece el procedimiento de incorporación de estos profesionales a la categoría de Facultativo/a Especialista de Área en Psicología Clínica.

Motivos de la impugnación: Falta dictamen de la Dirección General de los Servicios Jurídicos y el dictamen del Consejo Consultivo de Aragón.

La orden excede de la mera organización de recursos personales, y este sentido puede ser citada la STS de 17 de julio de 2009, dictada en el rec. 1031/2007, y la de esta misma sala nº 228/2018, supone la innovación de alterar las categorías profesionales concernidas, creando una y suprimiendo otras, así como el sistema de acceso. Por todo ello no se han respetado los trámites esenciales en el procedimiento de elaboración de disposiciones reglamentarias.

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

- Para concursar a plazas de la categoría de enfermero de urgencias de atención primaria se debe pertenecer necesariamente a dicha categoría estatutaria.

**STSJ Extremadura (Contencioso), de 10-01-2020, nº 3/2020, rec. 205/2019.**

Las bases de la convocatoria establecen con claridad que para participar en el concurso es necesario disponer de la categoría de Enfermero de Urgencias de Atención Primaria a la que se concursa, o de la categoría equivalente en los términos establecidos en el Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo.

Para determinar las equivalencias de la categoría convocada y la participación en el concurso, se estará conforme a lo dispuesto en el artículo 6 y en el anexo del Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización (BOE núm. 83, de 7 de abril de 2015).

La conclusión es que no podía participar en el procedimiento de provisión al no disponer de la categoría específica convocada, que era la de Enfermero de Urgencias de Atención Primaria, y tampoco disponía de una categoría equivalente al no ser la categoría convocada, conforme al señalado Real Decreto, una categoría de referencia que dispusiera de equivalentes debido a que las equivalencias se establecen con las categorías de referencia que son las que permiten la movilidad.

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

- No puede participar en procedimiento de movilidad personal con plaza fija en otra ZBS que esté en comisión de servicio.

**STSJ Andalucía (Sevilla) Cont-Adm, de 03-10-2018, nº 1038/2018, rec. 98/2018.**

El aspecto fundamental de la pretensión deducida se dirige frente al apartado c) del punto 2 de las Bases Reguladoras del Concurso de Acoplamiento para la asignación de Puestos de Trabajo, convocado mediante resolución de 4 de abril de 2016 de la Dirección Gerencia del Área de Gestión Sanitaria de Osuna, que entre los "*Requisitos que han de reunir los concursantes*" señala que "*No podrá participar en el presente concurso el personal que, teniendo plaza reservada en la Zona Básica de Salud a la que concursa, tenga concedida una comisión de servicio o una promoción interna temporal*".

El artículo 63 de la Ley 55/2003, a pesar de reconocer que se mantendrán en la situación de servicio activo, matiza esta posición con una referencia a "*con los derechos que en cada caso correspondan*", lo que impide una equiparación absoluta o, al menos, habilita la regulación de matices o diferencias en aquella posición y que, en este caso, resultan plenamente justificadas con base en la ya destacada particular naturaleza del proceso de acoplamiento que se cuestiona y que pretende, como se decía, un reparto de los puestos de trabajo existentes con el fin de garantizar una actuación homogénea y objetiva en la organización de los servicios que efectivamente se vienen desempeñando en las Zonas Básicas y dispositivos de Apoyo.

Existiendo la citada habilitación normativa y hallándose justificada la exclusión cuestionada a partir de la peculiar naturaleza y los objetivos perseguidos por el proceso de acoplamiento en el marco de la potestad autoorganizativa de la Administración en este ámbito, no es posible compartir la crítica que se contiene en el recurso de apelación que por ello debe ser desestimado.

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

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

- **STC 177/2019, de 18 de diciembre de 2019. Cuestión de inconstitucionalidad 1882-2019. Planteada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, respecto de la disposición adicional decimotercera de la Ley del Parlamento de Cataluña 5/2012, de 20 de marzo, de medidas fiscales, financieras y administrativas y de creación del impuesto sobre estancias en establecimientos turísticos. Competencias en materia laboral: nulidad parcial del precepto legal autonómico que establece la edad de jubilación del personal laboral al servicio del Instituto Catalán de la Salud.**

La disposición adicional decimotercera de la Ley del Parlamento de Cataluña 5/2012 establece las condiciones de jubilación, tanto para el personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud, como para el personal laboral del mismo instituto, pero acota la proyección de esas prescripciones, restringiéndola únicamente al personal laboral al que son aplicables las mismas condiciones que al personal estatutario.

El órgano judicial promotor de la cuestión considera que la mencionada disposición adicional, en cuanto contempla la jubilación de oficio del personal laboral del Instituto Catalán de la Salud al cumplir los sesenta y cinco años, puede ser contraria a lo dispuesto en el art. 149.1.7 y 18 CE, pues el establecimiento de una determinada edad a la que debe jubilarse el trabajador con carácter forzoso es materia propia de la legislación laboral cuya competencia exclusiva corresponde al Estado.

El abogado de la Generalitat señala que la legislación laboral prefigura la posibilidad de que al personal laboral al servicio de las administraciones públicas le sean de aplicación determinadas condiciones propias del régimen estatutario de los funcionarios públicos, cuando así se establezca al amparo de una ley.

En la presente cuestión de inconstitucionalidad, el precepto autonómico cuestionado modifica un aspecto medular de la regulación laboral general como es la extinción del contrato de trabajo. Las causas de extinción del contrato de trabajo constituyen una categoría nuclear de la legislación laboral (STC 360/1993, de 3 de diciembre, FJ 3). En consecuencia, la disposición adicional decimotercera de la Ley del Parlamento de Cataluña 5/2012, de 20 de marzo, al crear un supuesto de extinción del contrato de trabajo, la jubilación forzosa a los 65 años de edad, no previsto en la Ley del estatuto de los trabajadores, ha invadido la competencia exclusiva del Estado en materia de legislación laboral.

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

### **III. PROFESIONES SANITARIAS.**

- **Perfil profesional para desempeño de puesto de técnico de grado medio. Los informes de los Comités de Ética Asistencial deben ajustarse a la legalidad.**

**STSJ de Castilla-La Mancha. 10288/2019, de 27 de noviembre.**

Se impugna por el Colegio de Enfermería la cobertura durante el plazo de seis meses, de un puesto de Personal Técnico de Grado Medio en el Grupo de Exploración Funcional y Neuromodulación del Sistema Nervioso, en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, dependiente del SESCAM. El requisito que se exige a los aspirantes es que ostenten un *“Grado en ciencias experimentales o en ciencias de la salud”*.

Considera que la contratación de este personal debía haberse realizado a través de contrato laboral conforme al arts.21 y 22 L 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación; asimismo la organización colegial alega que la función asignada sobre *“actualización de protocolos de actuación”* invade competencias enfermeras pues la realización y/o revisión de estos protocolos de actuación, de forma que sean válidos y útiles a los fines que se confeccionan, no pueden entenderse desvinculados de la actividad asistencial. Finalmente alegaba que tampoco se valora la consulta resuelta por el Comité de Ética Asistencial del Hospital Nacional de Parapléjicos, y pone en cuestión la coherencia del perfil profesional del puesto convocado con las funciones que se le asignan a la persona que ocuparía dicha plaza.

El recurso es desestimado:

- a) El puesto de personal técnico de grado medio en el área de investigación a que se refiere la convocatoria se contrató en régimen estatuario, conforme con el art. 85.1 y 2 L.14/2007, de 3 de diciembre, de Investigación Biomédica, toda vez que no se acredita que el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo sea centro vinculado, concertado o acogido a las nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud de la Ley 15/1997 o sea beneficiario de ayudas o subvenciones públicas que incluyan en su objeto la contratación de personal investigador.

- b) En cuanto al informe del CEA, la Sala no lo toma en consideración ya que las actuaciones de la Sala se deben ajustar al principio de legalidad en la interpretación de las normas que hacemos constar en anteriores fundamentos de derecho.

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

#### **IV.- INTIMIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS. TRANSPARENCIA.**

- **Solicitud de información a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre autorización de un medicamento.**

**SAN de 11 Nov. 2019, Rec. 37/2019.**

Presentada una solicitud de información ante la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en la que se pedía conocer la fecha en que se solicitó la autorización de comercialización de un producto, la persona que lo hizo y el sentido de la resolución recaída, la petición de información fue denegada por la AEMPS, que argumentó que esa información era confidencial.

Presentada reclamación ante el Consejo de Transparencia y Buen Gobierno, se estimó parcialmente la reclamación y se acordó instar a la AEMPS a que en el plazo de cinco días hábiles remitiera al reclamante la información sobre la fecha de solicitud de la autorización. El recurso contra dicha resolución fue desestimado por el Juzgado Central de lo Contencioso-Administrativo núm. 5.

La Audiencia Nacional desestima el recurso de apelación del Abogado del Estado “... parece ser que el medicamento en cuestión no consta como autorizado, pero ello no impide que se haya efectuado una solicitud de autorización, y sólo se va a conceder información referida a la fecha en que se solicitó la autorización y no se van a facilitar datos o los documentos que suelen acompañar las solicitudes, por lo que en modo alguno se están perjudicando derechos de terceros a los que sea necesario dar audiencia”. Y, por lo que respecta a la preferencia de la normativa específica frente a la ley reguladora de la transparencia, se afirmó: «... es cierto que la Ley 19/2013 da preferencia a normativa específica, pero en el caso que nos ocupa la normativa específica no entra en colisión con la Ley 19/2013 y en particular con aquella información que la AEMPS debe de otorgar al reclamante de esa información».

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

- **DEFENSOR DEL PUEBLO.**

El Defensor pide a Interior medidas concretas para garantizar la intimidad y la libre circulación de las mujeres que acuden a clínicas IVE.

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

- **Agencia Española de Protección de Datos. Código Ético.**

Establece los valores y comportamientos que deben guiar la forma en la que el personal de la Agencia desempeña sus funciones y responsabilidades; y la manera en la que se relacionan con los ciudadanos, los sujetos obligados, y otras partes interesadas.

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

- **Tratamiento de los datos personales de afectados en el atentado acontecido en Madrid el 11 de marzo de 2004, incluidos datos personales relativos a la salud, sin contar con el consentimiento expreso e informado de aquellos.**

**Audiencia Nacional (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª)  
Sentencia de 29 noviembre 2019.**

La parte demandante impugna la resolución de 8 de junio de 2016 del Director de la Agencia Española de Protección de Datos, recaída en el procedimiento sancionador PS/00691/2015, por la que se le impone una sanción de 100.000 euros por una infracción del art. 7.3 de la LOPD, tipificada como muy grave en el art. 44.4.b) de dicha norma.

Los hechos por los que fue sancionada la parte actora, fueron por tratar los datos personales de afectados en el atentado acontecido en Madrid el 11 de marzo de 2004, incluidos datos personales relativos a la salud, sin contar con el consentimiento expreso e informado de aquellos.

*“La Asociación Peones Negros de Madrid no estableció ningún protocolo que evitara la indexación de dichos documentos por motores de búsqueda en Internet, lo que permitió que, utilizando como criterio para esas búsquedas el nombre y apellidos de los afectados, se obtuvieran enlaces a dicha web y, consecuentemente, a la documentación e información reseñada.*

*Y si bien durante la fase previa de investigación, la Asociación Peones Negros de Madrid informó que había procedido a retirar el sumario de a web impidiendo así su acceso, lo cierto es, que se mantuvo gran cantidad de documentos e información accesible a terceros sin restricción alguna, en la forma expresada, y con la posibilidad de que los mismos sean indexados por buscadores de Internet”.*

Se alude por la parte actora que por las Sentencias sobre el atentado del 11 de marzo de 2004 de la Audiencia Nacional y del Tribunal Supremo, los datos que contenían se hicieron públicos y notorios, y fueron divulgadas y conocidas íntegramente sin anonimización.

Según la AEPD:

*“Debe prevalecer el derecho a la intimidad de las personas que fueron víctimas del atentado del 11 de marzo de 2004 en Madrid, sobre el derecho a la información alegado por la parte actora. Pero es que, los hechos por los que ha sido sancionada la parte actora son por la incorporación a la página web de la parte actora, sin restricción alguna, de la documentación perteneciente al sumario, en el que no era parte la sociedad aquí recurrente, seguido en el Juzgado Central de Instrucción nº 6 de Madrid (año 2004), en el que intervienen la Asociación 11-M Afectados de Terrorismo y asociados a la misma, con el contenido ya ha quedado reflejado anteriormente.*

*En consecuencia, cabe apreciar la existencia de la infracción imputada a la parte actora, al haber realizado un tratamiento de datos de carácter personal, incluidos datos relativos a la salud, de los afectados en el atentado del 11 de marzo de 2004 ocurrido en Madrid, sin contar con el consentimiento expreso e informado de los mismos”.*

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

## **V.- SALUD LABORAL.**

- Guía *“Propuestas normativas en prevención de riesgos psicosociales en el trabajo”*.

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

- Plan de prevención y atención de agresiones para los profesionales del SAS.

Los principios básicos sobre los que se asienta este Plan son los siguientes:

**Integralidad.** Las actuaciones en materia de agresiones a profesionales de salud deben tener un carácter integral, en cuanto incorpora medidas de todo orden, tanto preventivas como de actuación ante situaciones de este tipo, de análisis y de evaluación; en cuanto se orienta a todos los profesionales de la salud, cualquiera que sea su categoría profesional, y que busca la coordinación de actuaciones con los cuerpos y fuerzas de seguridad y la colaboración de otras Administraciones.

**Coordinación.** La eficacia inmediata de las medidas que se diseñan exige una precisa coordinación de todas las actuaciones, especialmente en un sector tan amplio y complejo como el sanitario.

**Orientación de servicio a los profesionales.** Ante un incidente violento, todas las actuaciones diseñadas están orientadas al servicio del sujeto pasivo de tal incidente, que debe percibir en todo momento el respaldo completo de su organización, mediante la orientación, el asesoramiento y la asistencia necesarias de diverso orden.

**Adecuación de infraestructuras y de procedimientos de trabajo.** El diseño de los procedimientos de trabajo y de las infraestructuras sobre las que se desarrollan debe considerar este enfoque para crear ámbitos seguros de trabajo.



Mejora continua. Un proceso de evaluación permanente permitirá recoger las circunstancias prevalentes de lugar, tiempo y modo en que se producen las agresiones y facilitará, mediante la elaboración de un mapa de riesgos, determinar las variables asociadas a este tipo de situaciones, facilitando la toma de decisiones en la definición de las medidas oportunas.

Respeto hacia los derechos de los ciudadanos. Partiendo de que la relación profesional-usuario debe estar basada en el respeto y la confianza mutuas, cualquier plan de prevención y acción sobre la seguridad de los profesionales, debe salvaguardar con garantías esta relación, además de garantizar en todo momento los derechos de los ciudadanos evitando en todo caso, que con las acciones propuestas, se puedan enfrentar o anteponer los derechos de los profesionales sobre los de los ciudadanos. La objetividad sobre los hechos producidos y las medidas que se plantean, deben salvaguardar este principio.

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

## **VI.- DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTACIONES SANITARIAS.**

- **Determinación de prestación sanitaria idónea para la reparación integral del daño en accidente laboral.**

**STSJ de Madrid núm. 172/2019 de 4 marzo.**

Accidente laboral sufrido por un trabajador que le ocasionó la movilidad de los incisivos centrales superiores e incisivo lateral izquierdo superior. Con anterioridad había sufrido otro en el que perdiendo el incisivo 21, siéndole realizados por los servicios de la mutua la extracción de las piezas dentales contiguas (piezas 11 y 22) colocándoles fundas en lugar de los dientes dañados conservando las raíces de ambas; las fundas a consecuencia del accidente actual se han perdido por completo.

Se aportaron por la Mutua demandada dos presupuestos para la reparación del daño causado tras el accidente, uno de ellos para la instalación de implantes dentales y prótesis removibles dos piezas, y otro para la reparación y restablecimiento a la misma situación en que se encontraba antes del traumatismo.

La cuestión controvertida consiste en dilucidar qué tratamiento médico es el adecuado a fin de dar cumplimiento a la llamada "reparación íntegra del daño". Se cumple mejor con los implantes, al ajustarse mejor que las prótesis removibles consiguiéndose la osteointegración, pues se agarran al hueso del maxilar a diferencia de las prótesis removibles o los puentes dentales.

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

- **Inconstitucionalidad de internamiento involuntario por orden judicial realizado al margen del art. 763 de la LEC.**

**STC 16-7-2018, nº 84/2018, rec. 4677-2017.**

El recurrente fue declarado absuelto de un delito de homicidio agravado en grado de tentativa y de otro delito de violencia física simple o no habitual de los que había sido acusado, por Sentencia de la Sección Tercera de la Audiencia Provincial de Córdoba, que apreció la eximente completa de trastorno mental del artículo 20.1 del Código penal y, en su consecuencia, le impuso el cumplimiento de una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico por tiempo máximo de doce años.

Al interponerse por la defensa recurso de casación contra dicha Sentencia, se solicitó su puesta en libertad mientras se tramitaba el recurso, denegando lo pedido la Sección juzgadora por Auto de 20 de junio de 2017, que ordenó en cambio que el acusado permaneciera recluido en la “*Unidad Psiquiátrica correspondiente al Centro Penitenciario*” de Córdoba donde ya se hallaba privado de libertad en régimen de prisión provisional durante el proceso.

El TC concluye que *“Hasta tanto se apruebe con rango de ley orgánica, con una redacción que incluya los requisitos, garantías y condiciones necesaria para adoptar la medida de internamiento en centro psiquiátrico con la duración al efecto previsible, no cabe privar de libertad al acusado absuelto en sentencia por aplicación de una eximente por trastorno mental, mientras se resuelven el o los recursos interpuestos contra dicha resolución judicial, excepto si dicho internamiento se acuerda por el juez competente a través de la vía ya autorizada del artículo 763 LEC, que habrá de serlo en centro integrado en la red hospitalaria civil y no bajo el control de la Administración penitenciaria, que no tiene injerencia en este ámbito”*.

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

## **VII.-PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.**

- **Nulidad de actuaciones: omisión por la Administración de trámite de audiencia.**

**STSJ Castilla-La Mancha 10083/2019, de 19 de febrero, rec núm. 366 de 2017.**

La aspirante relacionó los servicios prestados a MOVILMEDIC TOLEDO, S.L., en el impreso de autobaremación pero, según consta en la resolución administrativa impugnada, no se pudo valorar los servicios alegados *“porque no estaba toda la documentación requerida para justificar el mérito, faltaba el certificado de servicios prestados de los períodos indicados*.

Según las bases de la convocatoria, los servicios prestados se acreditan mediante tres documentos conjuntamente: certificado de servicios prestados, vida laboral y copia del contrato, y son los tres los que se exigían.

La recurrente había relacionado los servicios prestados en dicha empresa pero no había aportado el correspondiente certificado acreditativo, por lo no se trataría de un mérito alegado con posterioridad sino que, habiéndolo relacionado, no había aportado los tres documentos justificativos exigidos en la convocatoria, pues faltaba el certificado de servicios prestados.

No consta en el expediente, sin embargo, que la Administración demandada requiriese a la interesada para subsanar su solicitud completando la documentación aportada, tal como establece el art. 71 de la LRJ-PAC y ha interpretado la jurisprudencia en doctrina constante. Por tanto, y como quiera que, como dice la sentencia apelada, la Administración, al resolver el recurso de reposición, reconoce que en la reclamación presentada el día 6 de noviembre de 2015 presentó copia del contrato, vida laboral y certificado de empresa, los méritos alegados han de entenderse acreditados, por lo que el recurso de apelación ha de ser desestimado.

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

- **Anulación de procedimiento de provisión de jefatura asistencial por omisión del trámite de subsanación de defectos.**

**STSJ Castilla-La Mancha 10012/2018, de 31 de enero de 2018, rec núm. 112 de 2017.**

No cabe en este trámite resolver el concurso exclusivamente con los documentos aportados, sin que haya mediado el requerimiento de subsanación, para que una vez alegados determinados méritos -como efectivamente lo son en las respectivas solicitudes- puedan los aspirantes acreditarlos, si es que no se consideran probados; sin que desde luego alcance a los documentos que deben obrar en poder de la administración convocante.

Superar la deficiencia formal de los documentos justificativos presentados, por lo que la Administración, conforme al artículo 71 de la Ley 30/1992, debió haberle requerido para subsanar las omisiones de hecho que pudieran existir en dichos documentos. Al no hacerlo así procede como hizo el juez anular las resoluciones impugnadas así como la baremación otorgada al recurrente en el apartado de méritos profesionales.

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

## **VIII.- RESPONSABILIDAD SANITARIA.**

- Paciente al que se le practica por error en un centro privado concertado una vasectomía en lugar de una circuncisión. La mujer también tiene derecho al percibo de una indemnización.

STSJ de Galicia, 23-01-2019, nº 30/2019, rec. 385/2018.

Entiende la Sala que la falta de consentimiento informado no merece indemnización adicional alguna, al haber recibido ya la correspondiente indemnización civil en el proceso penal seguido contra el facultativo, *“pues cuando se somete al paciente por error a otra intervención diferente como ha sido en este caso, no merece una indemnización superior a la concedida, dado que al tratarse de una actuación no querida por ninguna de las partes, no se podría esperar del facultativo que la practicó que se informase previamente al paciente sobre los riesgos que comportaba”*.

Ahora bien, ante la alegación por el SERGAS de que la esposa no merece resarcimiento alguno, pues quien sufrió el daño en su aparato reproductor fue el esposo, y ello supondría resarcir dos veces por la misma lesión, entiende la Sala que no se puede negar su condición de perjudicada desde el momento en que la impotencia del esposo derivada de la vasectomía afecta al derecho a la autodeterminación respecto a la planificación familiar que pertenece a ambos esposos. Se le reconoce, además de un importe de 20.000 euros para el sometimiento a técnicas de reproducción in vitro, 5.000 euros en concepto de daños morales, ante la incertidumbre del éxito o fracaso de dicha técnica.

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

- Responsabilidad por no singularizar el consentimiento en un tratamiento de reproducción humana asistida.

STSJ de Castilla La Mancha nº 00101/2018, 9-04-2018, N° rec 434/2016.

*“Paciente que presenta la existencia de teratoma quístico maduro (benigno) de ovario derecho (quiste desmoide); quistes foliculares (funcionales - folio 67); es más, hasta el momento de la intervención, la paciente presentaba reglas, que desaparecieron cuando se practicó la anexectomía bilateral, respecto de la extirpación del ovario derecho; por lo que se debió de extremar la prudencia; concretando en la evolución de la intervención, la posibilidad de singularizar el consentimiento en este extrema; y con carácter previa a la intervención, la posibilidad de indicarle la donación de ovocitos.*

*Es más, existe una divergencia entre la visión de la cirujana que no detectó folículos en el ovario derecho, y la biopsia definitiva que sí apreció su existencia; lo cual admite que existiera tejido ovárico funcional, aunque hubiera sido mínimo; que dadas las circunstancias de juventud de la paciente no deben ser despreciadas; salvando lo que fuera salvable; abriendo alguna posibilidad futura (aunque fuera muy limitada o nula). Desde estos presupuestos; cabe colegir que el consentimiento informado (desde las previsiones legales de la Ley 41/2002, arts. 8 y 9 ), fue insuficiente y pudo mejorarse; y ser más eficaz para los efectos pretendidos”*.

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

- **Insuficiente consentimiento informado para embolización: omisión de embolia gaseosa.**

STSJ Asturias Sala de lo Contencioso-Administrativo, sec. 1ª, de 4-12-2017, nº 994/2017, rec. 763/2016.

El consentimiento informado fue prestado el 2 de Enero de 2014, afirmando que se *"le ha propuesto como alternativa terapéutica menos agresiva, el tratamiento endovascular mediante embolización (taponamiento de vasos)..."* e informando que *"La mayoría de los pacientes sometidos a este tratamiento no experimentan ninguna complicación"*. Dentro de las posibles complicaciones, entre ellas menciona la *"obstrucción de arterias"*, pero ninguna alusión a entrada de aire o embolia gaseosa, pese a ser un riesgo autónomo, con descripción y efectos específicos.

En el caso analizado el consentimiento informado para la embolización no incluía el evento posible del riesgo de la embolia gaseosa, sin que pueda aducirse que ese caso estaba cubierto por la referencia a *"obstrucción de arterias"* como sugiere la Administración autonómica, explicando que la obstrucción no fue debida a un coágulo sino a burbujas de aire, pero suponía una obstrucción, al fin y al cabo.

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

- **Producto sanitario defectuoso y responsabilidad de la Administración. Admisión a trámite de recurso de casación.**

ATS de 19 de diciembre del 2019, rec. 5608/2019.

Admisión a trámite de recurso de casación por existir interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia consiste en determinar *«si la Administración sanitaria que realiza correcta y adecuadamente un acto sanitario debe responder de las lesiones causadas a un paciente como consecuencia de la utilización de un producto sanitario defectuoso, cuya toxicidad se descubre y alerta con posterioridad a su utilización previamente autorizada por la autoridad competente (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) o si por el contrario, la responsabilidad deber recaer en el productor o, en su caso, en la Administración con competencias para autorizar y vigilar los medicamentos y productos sanitarios»*.

Las normas que serán objeto de interpretación son los artículos 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; 18.11 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; 32 del Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios; 5 del Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano; y 3, 4 y 20 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.

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

- **Responsabilidad patrimonial por omisión de información en los casos de inducción al parto por rotura de bolsa. La parturienta tiene derecho a que se le facilite “*documento informativo sobre la inducción al parto*” y “*documento informativo sobre la asistencia al parto*”.**

**Sentencia del Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 1 de Albacete  
6/2018 de 18 de enero.**

Según la recurrente no fue informada sobre la decisión de inducir el parto al igual que la elección de la técnica utilizada, ni las complicaciones que podrían tener lugar. Se planteó como un parto inducido normal, pero sin alternativa.

En la medida en que se trataba de un supuesto de inducción al parto por rotura de bolsa no existían alternativas posibles, puesto que si la bolsa está rota hay que inducir al parto ya que no pueden transcurrir más de 12 horas con la bolsa rota. Sin embargo sí que hubo una insuficiente información.

Según la sentencia en este caso es necesario un documento informativo con valor de consentimiento informado sobre la asistencia al parto, análoga a como por ejemplo facilita el Hospital General de Ciudad Real, por tratarse de un procedimiento con un riesgo evidente. Por tanto al “*documento de autorización para inducción al parto*” no se le acompañó el “*documento para asistencia al parto*” ya que no solo se procedió a inducir al parto, sino que también se asistió a la paciente en el parto.

En este documento es en el que se detallan los riesgos y complicaciones que pueden ocurrir en el transcurso del parto, cómo finalmente así sucedió en el presente caso. Así mismo no consta verbalmente de forma adecuada y comprensible a la paciente de que podrían darse complicaciones pudiendo transformar el parto normal en parto anormal o distócico.

En este sentido la juzgadora considera importante destacar que en el momento de aplicar la medicación inductiva al parto a la madre, se hallaba en la sala de dilatación y en pleno uso de sus facultades, y dado que transcurrieron horas hasta pasar a la sala de parto, los facultativos del hospital pudieron facilitarle y ofrecerle la información detallada de la asistencia al parto.

## **IX.- FACTURACIÓN.**

- **Mutuas y facturación:** la reclamación de la Mutua de AT/EP al SAS del importe por asistencia sanitaria prestada sin que suponga IT, no requiere la declaración de contingencia del INSS.

STS 838/2019 de 5 Dic. 2019, Rec. 3395/2018.

Desestimación del recurso de casación interpuesto por el Servicio Andaluz de Salud. La cuestión suscitada en el recurso de casación para la unificación de doctrina se centra en determinar si para poder reclamar la Mutua Colaboradora, con cargo al Servicio de Salud, el importe de los gastos médicos sufragados en concepto de asistencia sanitaria debe requerirse antes la declaración de contingencia del INSS.

El trabajador que prestaba servicios como administrativo para la empresa que tenía cubiertas las contingencias profesionales con la Mutua demandante, fue asistido al referir dolor y presión en la vista cuando trabajaba con la pantalla del ordenador. Dicho trabajador fue atendido el día siguiente por el especialista, que descarta etiología ocular y lo deriva al médico de cabecera para estudio de neuralgias y control de la tensión arterial. Los gastos que la Mutua reclama al Servicio de Salud ascienden a 84,38 euros.

El Servicio de Salud interpone recurso de suplicación en el que suscita el tema relativo a la competencia del INSS para determinar la contingencia de la asistencia sanitaria prestada, y la necesidad de que el reintegro de la misma a la Mutua precise de tal determinación.

En este supuesto se reclama una asistencia sanitaria que no generó situación de incapacidad para el trabajo, sobre la que nadie cuestiona que derive de enfermedad común, y que ha sido atendida por la Mutua al haber acudido el trabajador a ella a tal fin, cuando apareció la dolencia. Como ya dijera el TS en sentencia 4293/2018:

*"En los casos en los que el trabajador se dirige a la Mutua por una dolencia que ha aparecido de manera súbita, la entidad colaboradora viene obligada a prestarle la debida asistencia sanitaria inicial pues forma parte del Servicio Nacional de Salud. Así del artículo 12 del RD 1993/95 de 7 de diciembre, se infiere que los servicios sanitarios de las Mutuas, en cuanto que se hallan destinados a la cobertura de prestaciones incluidas en la acción protectora de la Seguridad Social, están integradas en el Sistema Nacional de Salud. El trabajador, por su parte, acudió correctamente, en función de la dolencia que creía padecer, a un centro asistencial de la Mutua que pertenece al Servicio Nacional de Salud, sin que en ningún caso pueda afirmarse que acudió voluntariamente a un centro privado sin que se tratase de una urgencia vital".*

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

- Competencia del orden jurisdiccional social para conocer de las reclamaciones del servicio público de salud frente a las Mutuas de AT/EP por gastos derivados de prestación de asistencia sanitaria.

**STS Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 3/2020, de 14 de enero.**

La STS- Sala de lo Contencioso-Administrativo, se pronuncia sobre el recurso de casación interpuesto por la Mutua de AT/EP ASEPEYO en un caso en el que un trabajador que sufrió un accidente laboral, pese a ser ASEPEYO la encargada de la cobertura sanitaria de las contingencias profesionales, fue atendido en el HNP de Toledo.

Se discute el orden jurisdiccional competente para conocer de la posterior reclamación de pago realizada por el Sescam: si el orden jurisdiccional contencioso-administrativo, o el orden jurisdiccional social.

La STS fija la siguiente DOCTRINA:

“No corresponde al orden jurisdiccional contencioso-administrativo, y si al orden social, conocer de las reclamaciones que formule el servicio público sanitario por los gastos de asistencia sanitaria que prestó en un supuesto en que la responsabilidad corresponde a la Mutua aseguradora del accidente de trabajo”.

FUNDAMENTOS:

1º) Naturaleza jurídica de las Mutuas de AT/EP: asociaciones privadas de empresarios.

2º) Forman parte del sector público pero no son Administraciones públicas.

3º) La LRJS establece:

- a) Art. 2 letra o). Atribuye al orden social la imputación de responsabilidades a empresarios o terceros respecto de las prestaciones de Seguridad Social. Dentro del término “terceros” cabe incluir a las Mutuas
- b) Art. 2 letra s).

4º) Las SSTS, Sala de lo Social, de 23 de junio, 14 de julio y 29 de septiembre de 2016.

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



## **X.- MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.**

- Dispensación por los centros hospitalarios de la triple terapia para la hepatitis C a internos penitenciarios.

STS de 20 de enero de 2020 nº 44/2020, rec. 3057/2016.

Queda claro que el coste económico lo asume IIPP, pero quedaba por determinar quién debía efectuar la dispensación de este fármaco.

El TS estima el recurso del Abogado del Estado y establece que corresponde a la Consellería de Sanidad (Valencia) la dispensación de la triple terapia, no correspondiendo su dispensación al Ministerio del Interior a través de los centros penitenciarios.

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

## **XI.- CONTRATACIÓN PÚBLICA.**

- APLICACIÓN DEL ART. 199 DE LA LCSP EN CASO DEMORA EN EL PAGO DE LOS INTERESES CUANDO YA SE ABONÓ EL PRINCIPAL DE LA DEUDA.

STS núm. 1.656/2019, de 2 de diciembre de 2019.

La Administración recurrente alega que no procede la aplicación de la medida cautelar prevista en el art. 199 de la LCSP porque ya había pagado el principal, aunque no los intereses, entendiéndose que como solo debía los intereses no resultaba aplicable la referida medida cautelar según la cual solo opera en el supuesto de “*reclamación de pago y, en su caso, de los intereses*”. Así pues, conforme a la interpretación literal del citado precepto legal la medida cautelar no operaría cuando solo se debiesen los intereses al contratista.

Según el TS el precepto pretende alcanzar la indemnidad total del acreedor lo que, obviamente, solo puede ser alcanzado si comprende principal e intereses. Por ello en el caso, como aquí acontece, de que la administración deudora hubiere satisfecho el principal mas no los intereses, éstos pueden ser solicitados al amparo del art. 217 del TRLCSP actual 199.

Lo anterior conduce a que la respuesta a la cuestión de interés casacional sea que el art. 217 TRLCSP, actual art. 199 Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público, debe ser interpretado en el sentido que incluye las reclamaciones de intereses autónomamente.

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

- La aceptación de la liquidación del contrato no impide al contratista que pueda reclamar el abono de intereses de demora.

**STS núm. 1.223/2019, de 24 de septiembre.**

Reconoce el derecho de la empresa contratista al cobro de intereses de demora por el retraso en el pago de certificaciones de obra después de la liquidación del contrato. La STS anula la del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura (TSJE) que entendió que la reclamación de tales intereses había sido extemporánea, pues se presentó con posterioridad a la liquidación del contrato, sin que dicha empresa hubiese opuesto ninguna objeción o reserva a dicha liquidación.

*“Precisado cuanto precede, diremos que consideramos incorrecta la interpretación seguida en la instancia ya que, de los preceptos relativos al cumplimiento y a la extinción de los contratos no se desprende que la aceptación de la liquidación del contrato suponga la renuncia del contratista al derecho a reclamarlos intereses de demora que, ciertamente, se devengan por ministerio de la Ley en cuanto se produce el retraso en el pago de las certificaciones de obra. A este respecto, debemos indicar que no se ha discutido por la Administración esa demora ni, por cierto, la cuantificación de los intereses reclamados”.*

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

- Trámite de fiscalización previa en el procedimiento abierto simplificado.

**Junta Consultiva de Contratación Administrativa Estatal  
Informe núm. 13/2019 de 24 enero 2020.**

La especialidad propia del procedimiento abierto simplificado radica desde el punto de vista de la función interventora en la fiscalización previa del acto de compromiso de gasto, que se efectuará de una sola vez en el momento inmediatamente anterior a la adjudicación del contrato.

La previa tramitación y aprobación del expediente de contratación y del gasto derivado del mismo requiere su fiscalización previa, sin que en este punto exista ninguna excepción por el hecho de acudir al procedimiento abierto simplificado para la adjudicación del contrato.

- No son subsanables los defectos que afectan a la formulación de las ofertas. Incumplimiento de la oferta de los requerimientos técnicos.

**RTACRC Recurso nº 1159/2019 C.A. de Castilla-La Mancha 96/2019. Resolución nº 1341/2019.**

Recurso interpuesto por la mercantil BECKMAN COULTER, S.L.U., contra el Acuerdo de exclusión de los lotes nº 1, 31 y 46 de la licitación convocada por la Dirección Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, para contratar el *“Suministro de reactivos, material fungible y equipamientos en cesión, necesarios para la realización de las determinaciones analíticas del laboratorio de análisis clínicos”*.

El motivo de impugnación consiste en la aportación del marcado CE de los productos ofertados por la recurrente en el trámite de aclaraciones. Para ello es importante tomar en consideración la doctrina del TACRC en relación con la subsanación de la documentación presentada por los licitadores. A este respecto, cabe distinguir entre la subsanación de defectos o errores que afectan a la denominada documentación administrativa, y la subsanación de aquellos otros que afectan a la formulación de las ofertas.

*“En cuanto a los primeros, la regla ha sido la de la absoluta subsanabilidad aun guardando la debida separación entre las fases del procedimiento (cfr.: Sentencia del Tribunal Supremo, Sala III, 2 de julio de 2004 -Roj STS 4703/2004-), en tanto que, para los segundos, la solución ha sido mucho más restrictiva. Es elocuente, en este sentido, que el artículo 81.2 del Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas (aprobado por Real Decreto 1098/2001, de 12 de octubre; en adelante, RGLCAP) sólo se refiera a la subsanación de defectos en la documentación administrativa, y si es verdad que dicho precepto no puede ser interpretado “sensu contrario” vedando toda posibilidad de conceder ocasión de salvar los se presenten en las ofertas, sí que debe servir como criterio interpretativo de exigencia de mayor rigor en la determinación y concreción de las mismas (cfr.: Sentencia de la Audiencia Nacional de 19 de marzo de 2014 -Roj SAN 1684/2014-).*

En el presente supuesto, la aceptación de la documentación aportada por la entidad recurrente durante el trámite de aclaraciones consistente en el marcado CE de determinados productos era improcedente, pues hubiera permitido al licitador alterar la oferta presentada, facultándole para cumplir, expirado el plazo de presentación de las ofertas, con los requisitos de los pliegos rectores de la licitación.

En este sentido, los pliegos no pueden ser más explícitos, pues el apartado AB) del Anexo 1 del PCAP, al enumerar los documentos que deben aportar los licitadores en el sobre 2, señala que *“ Toda la documentación solicitada en este apartado (sobre nº 2), deberá presentarse con carácter obligatorio con objeto de comprobar que se cumplen las condiciones mínimas exigidas en el PPT. Será causa de exclusión la no presentación de la misma o su no adecuación a las características técnicas del contrato”*.

Procede, pues, la desestimación del motivo de impugnación.

El segundo motivo de impugnación se refiere a la aportación por los licitadores de un sistema de control de stock de reactivos en los equipos de cesión de uso.

Según la doctrina sobre los supuestos en que cabe la exclusión de los licitadores por incumplir los requisitos técnicos exigidos en los pliegos, hay que distinguir entre las condiciones que afectan exclusivamente a la ejecución del contrato, y, consecuentemente, sólo pueden exigirse al adjudicatario durante este período, y las características técnicas establecidas en los pliegos, que son exigibles a todos los licitadores al formular sus ofertas so pena de resultar excluidos de la licitación.

La oferta técnica presentada por la entidad recurrente no cumple en su integridad las especificaciones técnicas establecidas en los pliegos, sin que sus consideraciones resulten desvirtuadas por las alegaciones efectuadas por la entidad recurrente al señalar que la inadecuación de la oferta técnica queda subsanada mediante la documentación incluida en el Sobre 3, o que la mera presentación de oferta supone la aceptación incondicionada por el empresario del contenido de la totalidad de las cláusulas o condiciones del PCAP.

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

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

- **Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ejercicio 2017.**

Destacar de las 13 conclusiones a las que llega el Tribunal de Cuentas en su informe, las siguientes:

*“La gestión del FCS y del FOGA, en la práctica, supone un sistema de compensación parcial de los costes de asistencia sanitaria entre CCAA, mediante el cual, unas CCAA deberían percibir del resto el importe de las prestaciones de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), por el flujo neto de pacientes atendidos de otras CCAA, sin que se pueda afirmar que dicho sistema constituya un mecanismo eficaz para garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, entre otras causas, porque los supuestos susceptibles de financiación por estos fondos no comprenden la compensación de la totalidad de las prestaciones incluidas en la cartera común básica y complementaria de servicios regulada en RD 1030/2006, ni las prestaciones atendidas en una CA que no hayan sido derivadas por la CA de origen y autorizadas por la CA prestadora de la asistencia (subapartado II.4).”*

*“En el caso del FOGA, en defecto del desarrollo reglamentario al que remite el artículo 3.4 del RDL 16/2012, el sistema de compensación aplicado por el MSCBS solo contempla la atención primaria en desplazamientos de corta duración y las dispensaciones de recetas financiadas por el SNS a través de oficinas de farmacia, pero no incluye, entre otras prestaciones de la cartera de servicios comunes del SNS, los productos dietéticos, la prestación ortoprotésica y el transporte sanitario no urgente, la dispensación farmacéutica hospitalaria, ni la compensación por la asistencia sanitaria en desplazamientos de larga duración, a pesar de que estos supuestos están incluidos en el ámbito de aplicación de este fondo definido en el citado artículo (epígrafe II.2.3).”*

*“Finalmente, se estima que la normativa del FCS y del FOGA no da una respuesta completa a los principios establecidos en la ley de cohesión y calidad del SNS (Ley 16/2003), en la medida en que los supuestos contemplados no aseguran el acceso a todas las prestaciones sanitarias del SNS en condiciones de igualdad efectiva. De ello puede ser indicativa la escasa importancia relativa que representa la liquidación de estos fondos en 2017 (0,08 %) respecto al total del gasto sanitario reflejado en el informe anual del SNS de 2017 publicado por el MSCBS (subapartado II.4).”*

Las Recomendaciones del TCU:

*Promover el desarrollo reglamentario de la gestión del FOGA a fin de dar cobertura a todos los supuestos de asistencia previstos en el artículo 3.4 del RDL 1 6/2012, especialmente, el relativo a la cobertura de la asistencia sanitaria entre CCAA en desplazamientos de larga duración.*

*Impulsar, a través del Consejo Interterritorial del SNS y en coordinación con las CCAA, una armonización legislativa en el ámbito de la atención sanitaria a pacientes en su condición de limítrofes ante la heterogeneidad de la normativa de ámbito autonómico existente en esta materia, de forma que garantice la atención ágil y eficaz de los pacientes de aquellas CCAA, que en su condición de limítrofes, son atendidos en otra CA diferente de la emisora de la tarjeta sanitaria individual.*

*Desarrollar un sistema de información que permita conocer al MSCBS los desequilibrios territoriales en el acceso a la asistencia sanitaria e identificar desigualdades concretas.*

*Promover, junto con el Ministerio de Hacienda, la articulación de las medidas o los instrumentos de colaboración necesarios que permitan compensar a las CCAA la totalidad de los saldos positivos originados desde el año 2013 por la liquidación conjunta del FCS y del FOGA.*

*Comunicar al INSS los ajustes en los saldos netos de las seis CCAA afectadas por la rectificación de la liquidación del FCS y FOGA del ejercicio 2017, al objeto de que esta entidad proceda a su recuperación.*

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

## 5.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

### I.- Bibliografía

#### GESTIÓN SANITARIA.

- El Sistema Nacional de Salud.

Pasado, presente y desafíos de futuro.

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

#### DERECHO SANITARIO.

- *“El Consentimiento informado: estudio comparativo de los Sistemas Español y Brasileño de protección al paciente”.*

Efrén Paulo Profirio De Sa Lima

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

- *“Relación médico-paciente, claves para un encuentro humanizado”.*

Chivato Perez, Tomas

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

### II. Premios

- Bases Premio Estudios Financieros 2020.

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

- VII Congreso de Prevención de Riesgos Laborales en la Administración Pública.

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

## **III.- Formación**

### **DERECHO SANITARIO.**

- XXIX Congreso Derecho y Salud.

Desde el Comité Científico y el Comité Organizador del XXIX Congreso de Derecho y Salud de la Asociación de Juristas de la Salud lanzamos al conjunto de la sociedad una nueva edición de nuestro congreso anual que se celebrará desde el 3 al 5 de junio de 2020 en A Coruña.

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

- IX Diploma en derecho sanitario y bioética on-line. Escuela Nacional de Sanidad/UNED.

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

- Responsabilidad penal y patrimonial de los directivos sanitarios en la toma de decisiones (on-line).

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

- Derechos del paciente y responsabilidad sanitaria, II Edición.

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

### **ROBÓTICA Y SALUD.**

- Curso en Inteligencia Artificial en Salud.

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

### **PERIODISMO SANITARIO.**

- Congreso informadores de la salud.

El XVI Congreso ANIS tendrá lugar en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba del 17 al 19 de abril de 2020.

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

## **-NOTICIAS-**

- El Comité de Bioética recomienda al Gobierno levantar el anonimato en la donación de óvulos y semen para reproducción asistida.

El órgano consultor recomienda modificar el artículo 5.5 de la Ley de Reproducción Humana Asistida para reconocer el derecho de los niños nacidos por donación a saber quienes son sus padres biológicos, pero no con efecto retroactivo.

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

- Países Bajos debate autorizar la eutanasia a mayores cansados de vivir.

Un informe oficial concluye que unos 10.000 neerlandeses de más de 55 años desean ayuda para el suicidio cuando consideren que su vida está completada.

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

- Así espío una auxiliar de enfermería el embarazo de una compañera, expareja de su hermano.

Afronta una posible pena de 3 años y medio de cárcel por un delito de descubrimiento de secretos al consultar la historia clínica sin permiso.

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

- El Gobierno apoya la candidatura para que la relación médico-paciente se declare Patrimonio Cultural Inmaterial.

*Fuente:* [20 minutos.es](http://20 minutos.es)

- Los datos que hablan de la privatización sanitaria.

Un informe de la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública sitúa la Comunidad como líder en varios indicadores que reflejan el desmantelamiento de este sistema.

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

- El Derecho Sanitario ante la eutanasia.

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



- **Ciberseguridad: nuevas obligaciones para las empresas.**

El Gobierno trabaja en un borrador que desarrolla la normativa sobre seguridad de las redes para los operadores de servicios esenciales.

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

- **Por qué los biobots no son un problema ético.**

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

- **Ya está bien de excusas.**

Menos el derecho a la educación, todos los derechos fundamentales tienen una vertiente positiva y otra negativa. El derecho a la vida también y debe ser reconocido en esa doble condición. Javier Pérez Royo.

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

- **El personal sanitario podrá solicitar asistencia policial en los casos de riesgo.**

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

# **-BIOÉTICA Y SANIDAD-**

## **1- CUESTIONES DE INTERES**

- **Dossier sobre bioética y medicina intensiva. José Miguel Pérez Villares.**

Los intensivistas constituyen la columna vertebral del modelo español de donación y trasplantes. En el proceso de información a familiares en la donación en asistolia no controlada hay que respetar la autonomía, no hacer maleficencia y velar por la justicia. Este procedimiento solo se activará una vez que todas las opciones de tratamientos posibles, incluida la E-CPR donde se disponga de ella, se hayan descartado por no indicación o se hayan demostrado inútiles. El uso de catéter para bloqueo aórtico con monitorización de presión arterial radial izquierda evita el problema ético de la reanimación indeseada en la donación en asistolia controlada, al garantizar que la circulación al corazón y al cerebro no se restaure después del inicio de la ECMO tras el fallecimiento. Los intensivistas deben recordar que, para los profesionales que atienden a pacientes en los escenarios del final de la vida, ofrecer la opción de la donación de órganos y tejidos, es una obligación para respetar la autonomía de nuestros pacientes.

*Más información:* [revistes.ub.edu](http://revistes.ub.edu)

- **Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta.**

En la bibliografía actual, la dedicación a los dilemas bioéticos es abundante, pero hay algunas profesiones de ciencias de la salud, como fisioterapia, en que estas problemáticas no han sido ampliamente estudiadas, y por lo tanto la resolución y análisis de los problemas éticos también es deficiente ya que no se cuenta con los elementos de análisis propios de la bioética. Esto repercute en la formación y en el desarrollo profesional de los fisioterapeutas. En este artículo se plantean algunas clasificaciones de los dilemas éticos más comunes y se analizan brevemente algunas propuestas educativas. Se concluye que la bioética es importante para el desarrollo integral de la fisioterapia, pero falta más investigación en relación con las problemáticas éticas y con la formación de la ética en la carrera.

*Más información:* [revistes.ub.edu](http://revistes.ub.edu)

- **Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI.**

La misión de los cuidados intensivos es restaurar la situación basal de salud libre de discapacidad severa atendiendo al principio bioético de beneficencia, respetando la dignidad y voluntad del paciente de ser tratado lo que vendría a ser atender al principio bioético de autonomía, y realizando todo esto de una forma adecuada a la mejor evidencia actual, justa y sostenible atendiendo a los principios de no maleficencia y de justicia. Cuando no es posible es cuando los profesionales tienen la obligación ética de iniciar un diálogo de manera respetuosa y prudente con el paciente y/o la familia y el resto de profesionales implicados (atención primaria, enfermería, especialistas...etc.) de cara a llegar a un consenso sobre limitar los tratamientos de soporte vital y/o adecuar los cuidados y continuar el tratamiento con un plan terapéutico de cuidados dirigidos al confort, control de síntomas y a mejorar la calidad de vida (Plan de cuidados paliativos) para preservar la dignidad del paciente, evitar el sufrimiento y proporcionar un tratamiento compasivo de soporte y acompañamiento durante el proceso de muerte si se diera el mismo atendiendo al paciente y a la familia con el máximo cuidado y respeto en un marco de humanización de la salud. Atender de forma excelente el final de la vida significa dignificar a las personas que están pasando por ese proceso, aportar un valor extraordinario de humanidad y debe ser un objetivo prioritario actual en nuestro quehacer diario en las unidades de cuidados intensivos.

*Más información:* [revistes.ub.edu](http://revistes.ub.edu)

- **Voluntades anticipadas y consentimiento informado en Medicina Intensiva.**

Desde su origen, la Medicina Intensiva y la Bioética han compartido un desarrollo común, reforzándose entre ambas. Los límites de la tecnología, el cambio en la relación clínica, el respeto a las preferencias de los pacientes, han generado distintos conflictos éticos entre profesionales, pacientes y familiares. El objetivo del presente artículo es analizar como los pacientes que ingresan en las unidades de cuidados intensivos pueden participar en la toma de decisiones sobre actuaciones presentes (consentimiento informado) o futuras (voluntades anticipadas) e identificar el papel tanto del profesional sanitario como de la familia durante todo el proceso.

*Más información:* [revistes.ub.edu](http://revistes.ub.edu)

- **NACIONES UNIDAS. ASAMBLEA GENERAL. Consejo de Derechos Humanos 43 período de sesiones. 24 de febrero a 20 de marzo de 2020. Derechos de las personas con discapacidad Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad.**

*“Pese a los importantes adelantos en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad a nivel nacional e internacional, las percepciones negativas profundamente arraigadas sobre el valor de la vida de estas personas siguen siendo un obstáculo permanente en todas las sociedades. Esas percepciones surgen de lo que se ha denominado capacitismo: un sistema de valores que considera que determinadas características típicas del cuerpo y la mente son fundamentales para vivir una vida que merezca la pena ser vivida. Atendiendo a estándares estrictos de apariencia, funcionamiento y comportamiento, el pensamiento capacitista considera la experiencia de la discapacidad como una desgracia que conlleva sufrimientos y desventajas y, de forma invariable, resta valor a la vida humana. Como consecuencia de ello, suele inferirse que la calidad de vida de las personas con discapacidad es ínfima, que esas personas no tienen ningún futuro y que nunca se sentirán realizadas y ni serán felices”*

La relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, insta a *“volver a una bioética fundada en los derechos humanos. La bioética debería avanzar hacia una “bioética de la discapacidad”<sup>18</sup> o una “bioética consciente de la discapacidad”<sup>19</sup> que reconozca los derechos y las preocupaciones de las personas con discapacidad prestando gran atención a sus propias opiniones, necesidades y decisiones éticas”*.

Algunos de los principales RETOS actuales identificados, son:

1. Presión a los padres de niños con discapacidad. Existe un número creciente de intervenciones orientadas a “subsana” las deficiencias de los niños o, por lo menos, hacer que sean menos obvias para el mundo exterior, el alargamiento de las extremidades de los niños de talla baja o la cirugía estética facial en niños con síndrome de Down...
2. Prácticas coercitivas: la esterilización, la anticoncepción y el aborto; intervenciones médicas invasivas, dolorosas y/o irreversibles; los tratamientos electroconvulsivos; y la administración de psicofármacos.
3. Los esfuerzos para prevenir la discapacidad comprenden la utilización del cribado genético prenatal y el diagnóstico genético preimplantacional.
4. Discriminación en el trasplante de órganos. Algunos profesionales de la medicina opinan que la deficiencia de una persona influirá en las probabilidades de éxito del trasplante, mientras que otros consideran que algunas personas con discapacidad, en especial las personas con discapacidad intelectual y psicosocial, no serán capaces de cumplir las pautas posoperatorias.

5. Muerte asistida. Riesgo de que opten por la muerte asistida a causa de prejuicios, temores y bajas expectativas sobre lo que significa vivir con una discapacidad, antes incluso de haber tenido la oportunidad de aceptar la nueva situación de discapacidad y adaptarse a ella. Además, las personas con discapacidad pueden decidir poner fin a su vida a causa de factores sociales, como la soledad, el aislamiento social y la falta de acceso a servicios de apoyo de calidad.

Por todo lo anterior, y en atención a lo que prevé la propia Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados DEBEN:

- a) Potenciar la educación inclusiva.
- b) Facilitar información útil y exacta no solo sobre los riesgos y las limitaciones de las pruebas prenatales, sino también sobre cómo es la vida con el trastorno que se está tratando de diagnosticar a fin de crear un proceso para que los futuros padres puedan afrontar cualquier sesgo personal o social al que hayan podido estar expuestos.
- c) Derogar de inmediato todas las leyes, reglamentos, costumbres y prácticas que permitan esterilizar o someter a otras intervenciones quirúrgicas invasivas, dolorosas y/o irreversibles a niños, niñas y jóvenes con discapacidad sin su consentimiento libre e informado.
- d) Limitar el acceso a la muerte asistida a las personas que se encuentran en la etapa final de la vida; el hecho de tener una deficiencia no debe ser nunca una razón para autorizar la muerte asistida.
- e) Fomentar asimismo la participación de las personas con discapacidad en la labor de los comités nacionales de bioética.

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

## **2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.**

### **I.- Bibliografía**

- Eutanasia de la buena muerte y sus aristas.

Vaquero Sánchez, José María

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

### **II.- Formación**

- 8ª edición. Aprendiendo a enseñar. Curso de formación para Formadores en Bioética

Madrid, 21 -25 de septiembre de 2020

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

- Taller bioética y oncología médica.

Córdoba, 24 de marzo de 2020 (Hospital Reina Sofía- Aula 4)

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