



SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 194 OCTUBRE DE 2021.

Editado por la Secretaría General del Sescam.

ISSN 2445-3994

Revista incluida en Latindex

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.-LEGISLACIÓN COMUNITARIA: 3
- II.-LEGISLACIÓN ESTATAL: 3
- III.-LEGISLACIÓN AUTONÓMICA: 4

2.- TRIBUNA:

- I. EUTANASIA: LA COMISIÓN DE GARANTIA Y EVALUACIÓN DE CATALUÑA. 8

Francesc José María Sánchez
Abogado.

Vocal de la Junta Directiva de la Asociación Juristas de la Salud.
Vicepresidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña.

- II. EUTANASIA. LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DE LA EUTANASIA. 12

Ángel García Millán

Vocal asesor jurídico de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia.
Castilla-La Mancha.

3.- SENTENCIA PARA DEBATE :

- I. COMENTARIO DE LA STS Nº 965/2021, DE 6 DE JULIO, SOBRE LA INTEGRACIÓN DIRECTA DEL PERSONAL ESTATUTARIO POR VIA REGLAMENTARIA CON LA CREACIÓN DE UNA NUEVA CATEGORÍA PROFESIONAL. 21

Cecilio García Diéguez

Jefe del Servicio de Coordinación y Producción Normativa del Servicio de Salud de las Illes Balears.

II. SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE EXTREMADURA 74/2021 DE 22 DE ABRIL DE 2021. DERECHO DE LA USUARIA A QUE EL CENTRO HOSPITALARIO PÚBLICO HAGA ENTREGA A UNA ENTIDAD DE LA SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL OBTENIDA DURANTE EL PARTO PARA UN USO AUTÓLOGO EVENTUAL.

25

Vicente Lomas Hernández
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica
SESCAM.

4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.

26

5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.

40

-NOTICIAS-

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de octubre 2021 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética.

41

-BIOÉTICA y SANIDAD-

1.- CUESTIONES DE INTERÉS.

42

2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.

43

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I. LEGISLACIÓN COMUNITARIA.

- Decisión del Comité Director de la Agencia Ejecutiva Europea en los Ámbitos de la Salud y Digital relativa a las normas internas sobre las limitaciones de determinados derechos de los interesados en relación con el tratamiento de datos personales en el marco de las actividades llevadas a cabo por la Agencia Ejecutiva.

boe.es

- Resolución del Parlamento Europeo, de 20 de octubre de 2020, con recomendaciones destinadas a la Comisión sobre un marco de los aspectos éticos de la inteligencia artificial, la robótica y las tecnologías conexas.

boe.es

I. LEGISLACIÓN ESTATAL.

- Real Decreto 852/2021, de 5 de octubre, por el que se modifican el Real Decreto 139/2020, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales y el Real Decreto 735/2020, de 4 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, y se modifica el Real Decreto 139/2020, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.

boe.es

- Convenio entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Social de la Marina, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, para el acceso telemático a la historia clínica de los trabajadores protegidos por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social en los supuestos de prestaciones de la Seguridad Social que requieran un control y seguimiento médico.

boe.es

I. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.

CASTILLA-LA MANCHA.

- Resolución de 14/10/2021, de la Dirección-Gerencia, por la que se constituye la Comisión Técnica Asesora Regional de la Hormona de Crecimiento y Sustancias Relacionadas en Castilla-La Mancha.

docm.es

- Resolución de 13 de septiembre de 2021, de la Secretaría General, por la que se dispone la publicación del convenio de colaboración entre la Universidad de Castilla-La Mancha y la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para la utilización de las instalaciones sanitarias públicas en la investigación y docencia universitarias.

docm.es

EXTREMADURA

- Decreto 113/2021, de 29 de septiembre, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Extremadura y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación de ayuda para morir.

doe.es

- Orden de 14 de octubre de 2021 por la que se crea la categoría estatutaria de Técnico/a Auxiliar de Farmacia en el ámbito de las instituciones sanitarias del Servicio Extremeño de Salud.

doe.es

ASTURIAS

- Acuerdo de 17 de septiembre de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 5 de febrero de 2021, por el que se fijan para 2021 las cuantías de las retribuciones del personal al servicio de la Administración del Principado de Asturias.

bopa.es

MURCIA

- Orden de 11 de octubre de 2021 de la Consejería de Salud, por la que se actualiza el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes al personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, en cuanto a la adecuación de titulaciones exigidas y a la creación, modificación y supresión de determinadas opciones.

borm.es

- Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se regula el procedimiento para la homologación de los niveles de carrera y promoción profesional reconocidos por otros servicios de salud, así como por la Administración Pública Regional.

borm.es

CATALUÑA

- Orden SLT/200/2021, de 22 de octubre. Modificación de la Orden SLT/82/2021, de 19-4-2021 (LCAT 2021\535), por la que determina para el año 2021 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

dogc.es

- Acuerdo GOV/162/2021, de 19 de octubre, por el que se crea la Comisión Interdepartamental para el Impulso y el Seguimiento de la Estrategia Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos.

dogc.es

- Resolución SLT/2917/2021, de 29 de septiembre, por la que se crea el Comité Científico Asesor de la COVID-19.

dogc.es

VALENCIA

- Decreto 173/2021, de 22 de octubre, del Consell, de regulación de la Cartera de Servicios de Salud Pública del Sistema Valencià de Salut.

dogv.es

- Decreto 164/2021, de 8 de octubre, del Consell, de regulación en materia de personal de los efectos de la extinción del contrato de gestión de servicio público por concesión del Departamento de Salud de Torre Vieja.

dogv.es

- Decreto 170/2021, de 15 de octubre, del Consell, de regulación y organización de la realización de análisis genéticos y biomarcadores moleculares con fines asistenciales.

dogv.es

- Orden 2/2021, de 27 de septiembre, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se desarrolla el Programa de optimización e integración terapéutica de la Comunitat Valenciana.

dogv.es

ANDALUCÍA

- Decreto 236/2021, de 19 de octubre, por el que se crea y regula el Registro de Profesionales Sanitarios Objetores de Conciencia a la prestación de ayuda para morir en Andalucía y la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

boja.es

- Resolución de 20 de septiembre de 2021, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se establece el procedimiento y las condiciones para proporcionar los productos dietéticos (tratamientos dietoterápicos y nutrición enteral domiciliaria) a los usuarios del Servicio Andaluz de Salud, en el ámbito del sistema sanitario público de Andalucía.

boja.es

LA RIOJA

- Decreto 52/2021, de 22 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y sus funciones en desarrollo de la Ley 3/2003, de 3 de marzo, de Organización del Sector Público de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

bor.es

- Orden núm. 65/2021, de 28 octubre Regula los requisitos y procedimiento de homologación de acciones formativas impartidas por organizaciones sindicales al personal de la Administración General de la Comunidad Autónoma de La Rioja y sus Organismos Autónomos.

bor.es

ARAGÓN

- Convenio entre la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y el Servicio Aragonés de Salud, en materia de asistencia sanitaria a personas privadas de libertad en centros penitenciarios.

boe.es

CASTILLA Y LEÓN

- Resolución de 17 de septiembre de 2021, de la Presidenta de la Gerencia Regional de Salud, por la que se fijan las tarifas máximas para la asistencia sanitaria concertada, para determinados servicios de asistencia en régimen de hospitalización, procedimientos quirúrgicos y tratamientos de radioterapia y quimioterapia.

bocyl.es

- Resolución de 23 de septiembre de 2021, del Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, de homologación de los Grados I, II y IV de la carrera profesional del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.

bocyl.es

GALICIA

- Orden de 6 de octubre de 2021 por la que se publica el I Plan de igualdad entre mujeres y hombres en el Servicio Gallego de Salud (2021-2024) pactado en la Mesa sectorial de negociación del personal estatutario.

dog.es

- Resolución de 28 de septiembre de 2021, de la Dirección General de Recursos Humanos, por la que se autoriza y se da publicidad de un acuerdo adoptado por la Comisión Central de Seguimiento del Pacto sobre la selección de personal estatutario temporal del Sistema público de salud de Galicia (Diario Oficial de Galicia número 123, de 30 de junio de 2016).

dog.es

2.- TRIBUNA.

- EUTANASIA: LA COMISIÓN DE GARANTIA Y EVALUACIÓN DE CATALUÑA.

Francesc José María Sánchez
Abogado

Vocal de la Junta Directiva de la Asociación Juristas de la Salud
Vicepresidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña.

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), establecía un plazo de tres meses para su entrada en vigor (el 25 de junio de 2021), con la salvedad de su artículo 17 que es el que regula la creación y composición de las comisiones de garantía y evaluación en cada una de las comunidades y ciudades autónomas, que entró en vigor el día siguiente de la publicación de la ley en el Boletín Oficial del Estado: el 26 de marzo de 2021.

El gobierno de la Generalitat de Cataluña procedió, **mediante Decreto ley**, a la creación y regulación de la Comisión de Garantía y Evaluación de esta comunidad Autónoma (**1**), cuya función está prevista en el artículo 18 de la LORE y se concibe como una garantía de la prestación de ayuda para morir, a través de la verificación *ex-ante* y el control *ex-post* del cumplimiento de los requisitos legales, personales y clínicos, y de los procedimientos que la ley establece para que el solicitante de la prestación pueda acceder a ella, así como para resolver en vía administrativa las reclamaciones que se puedan plantear en caso de informes desfavorables.

La LORE establece unos mínimos sobre la composición de tales comisiones: carácter multidisciplinar, número mínimo de siete miembros entre los cuales han de incluirse personal médico, de enfermería y juristas.

En cumplimiento del mandato legal y por la urgencia de su regulación puesto que su constitución y puesta en marcha eran indispensables para hacer efectivo el derecho a la eutanasia, objetivo que no podía ser alcanzado con la necesaria celeridad mediante la tramitación de un procedimiento normativo ordinario, el gobierno optó por la vía del decreto ley estableciendo empero en su disposición adicional primera que a efectos de su modificación la norma tiene rango reglamentario, lo que permite que futuras modificaciones y desarrollos puedan ser aprobados por un decreto del gobierno.

El decreto ley dedica el capítulo 2 a la creación y regulación de la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña que queda adscrita orgánicamente al Departamento de Salud, sin perjuicio de su **independencia funcional plena sin sumisión a ningún tipo de instrucciones jerárquicas**.

El capítulo tercero está dedicado a la creación del Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia para llevar a cabo la prestación de ayuda para morir.

Caben destacar los siguientes aspectos:

- 1) En relación con las funciones de la Comisión, además de las que prevé el artículo 18 de la LORE, se le atribuye la de actuar como **órgano consultivo de la Administración de la Generalidad de Cataluña** ante cualquier duda o cuestión relativa a la aplicación o efectividad del derecho a la prestación de ayuda para morir.
- 2) En relación con su composición se prevé que la Comisión tenga **un presidente, un vicepresidente, un número de vocales entre nueve y dieciocho y una secretaria**. Estas vocalías han de estar integradas por profesionales de la medicina, del derecho, de la enfermería, de la psicología, del trabajo social y por representantes de la sociedad civil.

La primera Comisión se constituyó con las personas nombradas mediante Resolución del Consejero de Salud de 6 de julio **(2)**, una vez consultado el Comité de Bioética de Catalunya.

Se exige que los profesionales sanitarios que la integran tengan **formación en bioética y los juristas además de formación en bioética experiencia en derecho sanitario, y todos ellos experiencia profesional acreditada** en sus respectivos ámbitos.

Las reglas que se establecieron para el nombramiento de los miembros de la **primera Comisión** fueron las siguientes:

- a) Las vocalías están compuestas por **once miembros: tres profesionales de la medicina, tres juristas, dos profesionales de la enfermería, un profesional de la psicología, un profesional del trabajo social y un representante de la sociedad civil**. Y la composición de la Comisión ha de atenerse al principio de paridad de género.
- b) Se ha querido dar participación para el nombramiento de algunos de los vocales de las profesiones sanitarias a los respectivos colegios profesionales que pueden presentar sus candidatos (tres personas candidatas por cada vocalía profesional correspondiente):
 - a. De los **tres profesionales de la medicina**, dos han de estar nombrados de acuerdo con los candidatos presentados por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.
 - b. De los **dos profesionales de la enfermería**, uno ha de ser nombrado de acuerdo con las candidaturas presentadas por el Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Catalunya.
 - c. Los **profesionales de la psicología y del trabajo social** han de ser nombrados de acuerdo con las candidaturas presentadas por sus respectivos colegios.
 - d. El resto de los profesionales de la medicina y de la enfermería, los **profesionales del derecho y el representante de la sociedad civil** los propone la persona titular de la Dirección general del Departamento de Salud al que queda adscrita la Comisión.

- e. El **secretario o secretaria** de la Comisión es un técnico o técnica del Departamento de Salud, pero también puede serlo de cualquiera de las entidades que conforman su sector público, y lo nombra el Consejero. La persona que ocupa la secretaria asiste a las reuniones de la Comisión con voz pero sin voto.
- 3) La presidencia y vicepresidencia son elegidas por y entre los miembros de la Comisión.
 - 4) Una característica relevante de la Comisión es que los vocales titulares contamos con **suplentes para casos de ausencia, vacante, enfermedad o cualquier otra causa justificada**, lo que ha resultado de gran ayuda para el buen funcionamiento y realización en tiempo de los informes durante el período de las pasadas vacaciones estivales. El Reglamento de organización y funcionamiento de la Comisión permite que dichos suplentes puedan participar, con voz pero sin voto, en sus reuniones plenarias con el objetivo que cuando eventualmente les corresponda sustituir al titular respectivo conozcan las dinámicas, el funcionamiento de la plataforma informática donde se tramitan los expedientes y los criterios de actuación de la Comisión y puedan realizar su labor con el rigor y la calidad necesarias.
 - 5) La Comisión cuenta con una **oficina técnica de coordinación** con cuatro profesionales que dirige su secretario para dar apoyo a los intervinientes en el procedimiento en todas las cuestiones de índole administrativa que requiera su participación, en particular para el manejo de la **plataforma informática PRAM** habilitada por el Departamento de Salud a través de la cual se tramitan y registran, de manera confidencial, las solicitudes de la prestación y los procedimientos exigidos por la ley,

Dicha oficina da soporte para resolver las dudas que puedan plantearse al médico responsable, al médico consultor y a la dupla formada por el médico y el jurista designados por el presidente de la Comisión cuando llega a ésta la solicitud para su verificación. También desde la oficina técnica se facilita la comunicación entre los profesionales implicados así como la recogida de documentación que ha de constar en el expediente o aquella complementaria que pueda ser requerida por la dupla para elaborar su informe.

- 6) El nombramiento de los vocales tiene una **duración de seis años** y solo pueden ser reelegidos una vez por un período igual. La duración del mandato de la presidencia y la vicepresidencia es solo de tres años y pueden ser reelegidos mientras mantengan la condición de vocales. Ello no obstante, la disposición adicional tercera del decreto ley regula la duración del primer mandato de las primeras personas miembros de la Comisión que se ha de ajustar a las reglas siguientes: un tercio verá limitado su mandato a 2 años, otro tercio lo verá limitado a cuatro años y el tercio restante cumplirá los seis años de mandato. Sin perjuicio de que dichas personas puedan ser reelegidas.

La experiencia del funcionamiento de la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña y de la realización de la prestación de ayuda para morir hasta el momento, a pesar del poco tiempo transcurrido, está siendo **muy positiva**. Se trabaja con rigor, sus miembros nos sentimos muy comprometidos con nuestra función y arropados por el soporte técnico y administrativo que nos ofrece el Departamento de Salud a través de la oficina técnica de coordinación y la plataforma informática PRAM que ha puesto a disposición de la tramitación de la prestación de ayuda para morir.

Las duplas compuestas por médico y jurista de la Comisión emiten sus informes con celeridad, sin agotar los plazos máximos que establece la ley, para evitar alargar el sufrimiento de la persona solicitante.

El plenario de la Comisión se ha reunido varias veces, no solo para valorar solicitudes planteadas o resolver las reclamaciones contra informes desfavorables del médico responsable o del médico consultor, sino también para, en nuestra función de órgano consultivo, analizar las lagunas interpretativas que en su aplicación plantea la ley y arrojar luz sobre aquellas cuestiones polémicas que están surgiendo: ¿qué profesionales sanitarios pueden ser objetores? ¿quién puede ejercer como médico consultor? ¿es necesaria la doble verificación anterior y posterior a la realización de la prestación? ¿cuál es la función de la Comisión: verificar o evaluar?

No puedo acabar este artículo sin reconocer la gran implicación de los profesionales de la salud para que la prestación se realice con la máxima corrección y respeto a la dignidad del paciente y a la voluntad expresada por éste. Son muchos los centros que han elaborado sus protocolos de actuación y han organizado charlas de difusión y cursos de formación para sus profesionales, también lo ha hecho el Servicio Catalán de la Salud que hasta la fecha ha realizado con gran éxito de asistencia cinco cursos de formación a distancia, y para ello el sistema público de salud ha contado con la inestimable contribución de los miembros del **Comité de Bioética de Catalunya** y los más de sesenta comités de ética asistencial que funcionan en Cataluña.

(1)Decreto ley 13/2021, de 22 de junio, por el que se regula la Comisión de garantía y Evaluación de Cataluña y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, en desarrollo de la Ley orgánica 3/2021, de 14 de marzo, de regulación de la eutanasia (DOGC núm. 8443, de 25 de junio).

(2)Resolución SLT/208/2021, de 5 de julio, por la que se nombran las personas que ocupan las vocalías y la secretaria de la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña (DOGC núm. 8451, de 6 de julio)

Barcelona, 22 de octubre de 2021.

II. EUTANASIA. LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN DE LA EUTANASIA.

Ángel García Millán
Vocal asesor jurídico de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia.
Castilla-La Mancha.

Introducción.

Mediante la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo (en adelante LORE), se ha regulado en nuestro ordenamiento la eutanasia.

Tema controvertido, muy a menudo objeto de posiciones enfrentadas que esgrimien valores y creencias en un debate dilemático *-o se está a favor, o se está en contra-*, amparadas en la pertenencia a grupos ideológicos, políticos o religiosos. Debate en el que se echa en falta una serena y previa reflexión que arroje argumentos razonados que den lugar a opiniones fundamentadas.

No pretendo en estas líneas defender una u otra posición, sino más bien señalar que la discusión sobre esta nueva norma -que lógicamente se da en el marco de una sociedad plural y multicultural- habrá de hacerse con una predisposición abierta a escuchar lo que otros puedan trasladar sobre su modo de ver esta realidad y de los hechos y circunstancias concretas que, llegado el caso, puedan dar lugar a la aplicación de la eutanasia.

Algo comparten las posturas a favor y en contra de la eutanasia: ambas persiguen el bien del enfermo, por ello la controversia no lo está tanto por la idea de tener una “muerte buena”¹, sino cuando entran en juego valores socioculturales y religiosos acerca del deber que tenemos de morir bien y el deber que los demás tienen de ayudarnos²: Pero ¿quién decide qué es *lo bueno* para la persona enferma?. Nos movemos en el ámbito de una decisión esencialmente personal, de manera que cada persona, mayor de edad, capaz, sin merma en sus facultades mentales, quien decide qué es lo bueno para ella.

Esto no impide, más bien todo lo contrario, que esa definición personalísima sea contrastada con el médico y, si no existe objeción del paciente, con los allegados y familiares, a lo largo de un proceso deliberativo que habrá de tener en consideración un aspecto integral del paciente en cuanto a su situación, circunstancias sociales, etc.

Leía hace tiempo en la prensa:

«perdido el sentido de la vida como don y como ofrenda, instaurada una engreída (a la par que frustrante) exaltación de la fortaleza y la salud que proclama que la única vida digna es aquella liberada de sufrimientos, parece llegado el momento de legalizar el suicidio asistido (...) La voluntad soberana del individuo, que es quien determina los confines de su propia vida (...) equivale a imponer a los médicos una función que es exactamente la contraria a la que han desempeñado durante milenios»³.

¹ Del lat. cient. euthanasia, y este del gr. εὐθανασία euthanasía, eu “bien” y thanatos “muerte” 'muerte dulce'. <https://dle.rae.es>

² ADMIRAAL, PIETER “La eutanasia y el suicidio asistido” en “De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética” Thomasma, David C y Kushner, Thomasine. Cambridge University Press, 1996. Pág. 227.

³ DE PRADA, JUAN MANUEL. El semanal ABC 23/04/2017

Más recientemente escuchaba que es un error defender que la aprobación de la eutanasia representa un progreso moral, pues este sólo se da cuando se defiende a los más vulnerables, y que la vulnerabilidad del moribundo pide un acompañamiento solidario y no buscar un medio para morir⁴.

Quienes se pronuncian en contra de esta regulación, entre otras cosas, defienden que la dignidad de la persona no puede quedar limitada a una calidad de vida, conciencia o capacidad de autodeterminación, sino que es un valor intrínseco que posee todo ser humano, independientemente de sus circunstancias, edad, condición social, estado físico o psíquico. La condición digna de la persona es invariable desde que comienza a existir hasta su muerte, e independiente de condiciones cambiantes a lo largo de su existencia⁵.

Por otro lado, los defensores de la eutanasia apuntan como fundamentos el derecho de toda persona a ser autónoma, manteniendo la dignidad de la misma (lo que no equivale en sentido estricto a una idea de calidad de vida bajo ciertos estándares de vida o de naturaleza humana “productiva”). De hecho, el individuo puede llegar en un momento dado a considerar que su vida carece de valor, que su dignidad se ha reducido hasta un punto en el que puede entender que su vida no tiene mayor sentido. La gente tiene miedo a los síntomas que amenazan la personalidad, no tanto al dolor o incluso al sufrimiento físico, sino a la pérdida de dignidad e individualidad⁶. Igualmente, apuntan que pueda también ser concebida como un acto de benevolencia por parte de quienes atienden al paciente:

«El más grande de todos los mandamientos es amar, lo que seguramente quiere decir que la eutanasia es aceptable si se practica de forma sincera y honesta con objeto de ahorrarle sufrimiento al paciente y no por simple conveniencia de los que siguen viviendo»⁷.

«El dogma de la indisponibilidad de la muerte propia es, contemplado a la luz de sus consecuencias, en esencia inhumano»⁸.

El derecho a solicitar y recibir la ayuda necesaria para vivir.

En cualquier caso, y al margen de que el debate siga vivo (con más o menos fuerza en el plano social según determinadas noticias), nuestro ordenamiento jurídico ya recoge *«el derecho que corresponde a toda persona que cumpla con las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir»*, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse, determinando los deberes del personal sanitario que atiende a esas personas, definiendo su marco de actuación, regulando las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta Ley (artículo 1 LORE).

⁴DOMINGO MORATALLA, A Conferencia “Claves éticas en la regulación de la eutanasia” Ilustre Colegio de Abogados de Valencia 4 de marzo de 2021.

⁵ La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica. <https://www.bioeticaweb.com>

⁶ CASSEL, C K. “El suicidio asistido por el médico: ¿progreso o peligro?”, en De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética” Thomasma, David C y Kushner, Thomasine. Cambridge University Press, 1996. Pag. 242.

⁷ GLADVILLE, WILLIAM, citado por ADMIRAAL, PIETER Op. Cit. Pag- 23.

⁸ BIRNBACHER, DIETER en “Una muerte feliz” HANS KÜNG. Editorial Trotta Madrid 2018 pag. 36

El contexto eutanásico se delimita en la norma con arreglo a una serie de condiciones que afectan a la situación física de la persona, con el consiguiente sufrimiento físico o mental que padece, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento y a sus convicciones morales sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Con ello, se da un paso más en cuanto a la manifestación del consentimiento informado prestado por un sujeto mayor de edad, capaz y con una voluntad libre de vicios.

Se establece y definen:

- a) *Padecimiento grave, crónico e imposibilitante, como situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no le permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo si posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.*
- b) *Enfermedad grave e incurable. Aquella que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.*

El consentimiento informado se exige tras una doble y expresa petición y dos procesos deliberativos entre el médico responsable y el paciente, destinado precisamente al reflexionar y considerar entre ambos (también familiares y allegados si así lo desea el paciente), en un marco de necesaria confianza, lo concerniente a su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como posibles cuidados paliativos, expresamente apuntados como alternativa, sin que en modo alguno la norma los excluya o soslaye.

Cierto es que actualmente se demanda por profesionales y sectores sociales un mayor esfuerzo en la mejora, dotación de recursos humanos y medios de los servicios destinados a los cuidados paliativos⁹, ámbito en el cual sin duda ha de avanzarse dada su importancia y que es un problema con entidad propia que, sin embargo, no excluye el debate sobre la eutanasia desde el momento en el que el enfermo puede manifestar que su dignidad ha mermado hasta un nivel insoportable para él, si bien en un contexto que la norma trata de definir.

En todo caso, hay que asegurar que el paciente que solicita la eutanasia comprende toda la información facilitada. En consecuencia, no se fija un límite en cuanto a los aspectos a tratar y duración. Lo que sí exige la norma es una separación de al menos quince días naturales entre la primera y la segunda petición de la ayuda para morir¹⁰. La información proporcionada debe facilitar igualmente por escrito por el médico responsable en un plazo máximo de cinco días naturales desde que se abrió el proceso deliberativo, que también habrá de iniciarse en un plazo máximo de 2 días naturales desde la solicitud de eutanasia.

⁹ ALTISENT, R, NABAL, M, MUÑOZ, P, et al "Eutanasia, ¿es la ley que necesitamos? Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27>

¹⁰ Artículo 5.1 c) LORE.

Se trata, en definitiva, de constatar que la voluntad del paciente carece de vicios o presiones, se manifiesta en libertad y es consistente en el tiempo, pudiéndose en cualquier momento producirse un aplazamiento o desistimiento de la ayuda médica a morir. En esta etapa inicial es recomendable que el médico responsable consulte con otros profesionales o equipos sanitarios especializados en cuidados paliativos, psiquiatría, trabajadores, comités de ética asistencial, que hayan intervenido en la atención al paciente o sobre los que se desea una opinión fundamentada¹¹

Es esencial considerar que cada caso es único. Cada persona experimenta el dolor y el sufrimiento de manera única, pues el sufrimiento tiene origen en la reacción individual ante determinados hechos o circunstancias, condicionado además por la personalidad y el medio social o realidad en la que se desenvuelve el sujeto. Lo produce la mente, en la que se arraiga el deseo, la exigencia, los prejuicios, los miedos, etc. Por ello el sufrimiento es individual, propio, único e irrepetible, y puede poseer un significado trascendente¹². De ahí que, cuando se me pregunta por este tema, siempre insista en la importancia de este diálogo abierto, en el que emergerán los valores que conforman la concepción del mundo de cada individuo y la importancia que concede a esos valores en relación a su idea de dignidad de vida.

Y ello nos lleva a pensar que lo ético no es imponer al paciente, cuya capacidad y voluntad no aparece viciada o alterada por circunstancia alguna, lo que debe hacer, sino orientarle a conocer su situación, la realidad de su padecimiento, las vías y alternativas posibles. «Este contexto eutanásico, así delimitado –continúa la norma –requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico».

Las necesarias cautelas y garantías que prevé la LORE exigen un procedimiento, regulado (que algunos tildan de excesivamente largo)¹³, que necesariamente ha de ser cumplido, como cauce para asegurar que se vela por el cumplimiento de lo expuesto hasta este momento.

Sobre la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia.

La LORE recoge varias figuras que, junto al paciente que solicita la ayuda a morir y, en su caso, allegados y familiares, también intervienen necesariamente.

- a) *«Médico responsable»: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.*
- b) *«Médico consultor»: facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable, que ha de intervenir necesariamente*
- c) *Comisión de Evaluación y Garantía de la Eutanasia.*

¹¹ MELGUIZO JIMÉNEZ, M, SÁNCHEZ MARISCAL, D “Procedimientos de la prestación de ayuda médica a morir” AMF 2021; 17(7)Pag. 389.

¹² GUTIÉRREZ FUENTES, J.A. “El dolor y el sufrimiento en el devenir de la humanidad. De la frónesis a la bioética”, en “Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia” LÓPEZ IBOR, J.J Pag 30

¹³ <https://www.newtral.es/eutanasia-dudas-sobre-la-comision-que-evaluara-a-los-medicos-antes-y-despues-de-los-procedimientos/20200220/>

A ésta última dedica su capítulo cinco (artículos 17 a 19), otorgándole naturaleza de órgano administrativo, debiendo existir una en cada una de las Comunidades Autónomas, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla, responsables además de determinar su régimen jurídico.

Es además un órgano de composición multidisciplinar y colegiado, debiendo contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán -sin que aparezca como una lista exhaustiva y cerrada - personal médico, de enfermería y juristas.

Ambos caracteres, colegiado y multidisciplinar, son indispensables para su funcionamiento. Afirma Diego Gracia que no es evidente que los problemas morales que puedan surgir en el devenir de la asistencia sanitaria tengan siempre una solución, y que de tenerla, esa solución sea una y la misma para todos¹⁴. Argumento suficiente para calificar como positivo el que estos órganos cuenten con personas de diferente perfil que, añadiría yo, han de mostrar una actitud de compromiso honesta, pues desde luego no es un órgano al que pertenecer para obtener méritos o reconocimientos de cualquier índole.

Funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación.

El artículo 18 de la LORE enumera las funciones de estas Comisiones de Garantía y Evaluación:

a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir, así como dirimir los conflictos de intereses que puedan suscitarse si fueran a intervenir profesionales que incurran en conflicto de intereses o puedan resultar beneficiados de la práctica de la eutanasia.

El médico responsable, según se establece en el artículo 7 de la LORE, podrá denegar, de forma motivada y por escrito, la prestación de ayuda para morir, para lo cual cuenta con un plazo máximo de 10 días naturales desde la primera solicitud (en mi opinión, sería deseable que ese plazo no estuviera tasado y que se vinculara a lo que el resultado del proceso de diálogo pudiera arrojar). En cualquier caso, esa denegación deberá estar justificada en la falta de requisitos previstos en la norma como: tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud (artículo 5.1 a), que no haya formulado la primera solicitud por escrito (la cual se exige para empezar el procedimiento), así como que no se cumple con la condición de sufrir una enfermedad grave e incurable, o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos antes descritos.

La Comisión deberá comprobar el cumplimiento de los requisitos y pronunciarse sobre si se dan las razones de la denegación, manteniendo la denegación –lo que abrirá la vía contencioso-administrativa para el reclamante – o emitiendo parecer. En ambos casos de forma motivada, pudiendo reproducir o emitir sus razonamientos para denegar o las razones que pudieran llevar a apartarse del criterio del médico responsable.

También resolverá en el plazo de veinte días naturales las reclamaciones a las que se refiere el apartado 3 del artículo 10 (esto es, cuando habiendo llegado la petición de ayuda para morir trasladada sin reparos por el médico responsable y médico consultor,

¹⁴ Gracia Guillén, D “La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica”, pag. 21-40

las personas designadas en el seno de la Comisión - un jurista y un facultativo - a la hora de verificar si concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir, emitiera un parecer desfavorable. En este caso, la decisión pasaría al pleno de la Comisión, sin que pudieran participar en la resolución los dos miembros designados inicialmente.

Asimismo, resolverá en igual plazo sobre las solicitudes pendientes de verificación y elevadas al pleno por existir disparidad de criterios entre los miembros designados que impida la formulación de un informe favorable o desfavorable.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Garantía y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

En definitiva, la Comisión interviene de forma previa a la aplicación de la prestación, algo que algunos han entendido como un posible cuestionamiento del criterio del médico responsable. Sin embargo, resulta difícil pensar que pudiera establecerse objeción o reserva alguna a los criterios trasladados por quien ha llevado el proceso de deliberación con el paciente y que además ha sido refrendado por el especialista consultor. Serían situaciones entiendo muy llamativas aquellas que pudieran conducir a revocar el parecer de ambos facultativos. El profesional médico y el jurista, miembros de la Comisión, designados para verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones, se encuentran facultados para en su caso, y dentro de sus competencias, acceder a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo, así como con la persona solicitante.

Esta intervención previa constituye, a mi modo de ver, una garantía más en lo concerniente a la prudencia y aseguramiento del procedimiento.

b) La LORE también prevé un control posterior, pues corresponde a la Comisión de Garantía y Evaluación «verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley».

c) «Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos». La Comisión es un órgano funcionalmente independiente, con facultad para hacer propuestas a la hora de mejorar procedimientos, guías, protocolos,...lo que conlleva un papel activo, que sea capaz incluso, de anticiparse a posibles deficiencias, de analizar y mejorar lo ya existente sobre estas materias.

d) «Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto». En este conviene detenerse para aclarar que, a fin de no interferir en el procedimiento, esta función se ciñe a cuestiones interpretativas respecto al procedimiento previsto, sus formalidades, así como a prácticas o recomendaciones de carácter general, pero no a dudas de índole asistencial o de otro tipo que hayan de tratarse entre el médico responsable y el paciente solicitante de la ayuda médica para morir.

La labor de órgano consultor ha de ser también sistemática y ordenada, identificando al consultante y procurando delimitar debidamente los términos de la consulta, todo ello manteniendo las debidas garantías respecto al secreto y confidencialidad que se exige a los miembros de la Comisión.

e) «Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la Ley en su ámbito territorial concreto. Dicho informe deberá remitirse al órgano competente en materia de salud».

f) «Aquellas otras que puedan atribuirles los gobiernos autonómicos, así como, en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad».

El ámbito de actuación de la Comisión, tal y como se establece en el artículo 2 del Decreto 75/2021, de 22 de junio, por el que se crea la misma en Castilla-La Mancha, «se circunscribe a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en el territorio de Castilla-La Mancha y lleven a cabo el procedimiento establecido en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo».

Composición.

El citado Decreto 75/2021 establece en su artículo 3 que la Comisión estará constituida por un mínimo de siete y un máximo de diez personas, entre las cuales se designará a la persona que ocupe la presidencia. Acertado resulta, en aras a una mayor agilidad, que se decante por un número de integrantes no excesivo, facilitando la operatividad de la Comisión.

La figura del Secretario/a se asigna a funcionario de la Consejería competente en materia de sanidad. Asiste a las reuniones con voz pero sin voto, correspondiendo su designación cada cuatro años por el titular de la Consejería con competencias en materia de sanidad.

Los integrantes y sus suplentes serán también designados cada cuatro años de la forma antes indicada, entre aquellas con acreditada trayectoria profesional, cumpliendo con los siguientes criterios:

- a) Una o dos personas que posean la licenciatura o el grado en medicina o en medicina y cirugía. De ellas al menos una con formación en bioética y al menos una especialista en psiquiatría.
- b) Una o dos personas licenciadas en derecho, especializadas en derecho sanitario y con formación en bioética.
- c) Una persona especializada en psicología clínica, que desarrolle su trabajo en el ámbito de las personas con enfermedades o padecimientos incurables.
- d) Una persona licenciada o graduada en medicina que desarrolle su trabajo en el ámbito de las personas con enfermedades o padecimientos incurables.
- e) Una o dos personas graduadas en enfermería. De ellas, al menos una que desarrolle su trabajo en el ámbito de las personas con enfermedades o padecimientos incurables y al menos una con formación en bioética.
- f) Una persona licenciada o graduada en filosofía, con experiencia docente.
- g) Una persona procedente de organizaciones de la sociedad civil implicadas en la atención de personas con enfermedades o padecimientos incurables.

Como garantía para la independencia funcional se impide expresamente en el apartado quinto la pertenencia a la Comisión de «titulares de órganos directivos o de apoyo de la Administración autonómica o de su sector público».

Se permite que se pueda convocar a las reuniones de la Comisión a personas cuya contribución pueda resultar de interés para el cumplimiento de los objetivos de la misma, en su condición de personas expertas en áreas específicas de conocimiento.

La Comisión se configura como un grupo de trabajo, en el que los distintos componentes deben participar considerando, más allá de la verificación de los requisitos y condiciones que dan acceso a la prestación de ayuda para morir, otros aspectos o problemas que se hagan patentes dada la complejidad de la asistencia sanitaria y del contexto eutanásico, buscando identificar los valores presentes y confrontarlos con los hechos.

La participación de los miembros de la Comisión ha de ser efectiva, evitando la asimetría entre sus miembros (posible presión de grupo, la no aportación o el excesivo peso de alguno de sus componentes). La aportación de visiones, opiniones, argumentos de cada uno será lo que enriquecerá la labor, facilitará la reflexión y velará por el principio de prudencia.

El artículo 17, en su apartado 5, prevé como sistema de coordinación, reuniones anuales del Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las Comunidades Autónomas para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud.

Deber de secreto.

Los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión (artículo 19)

A modo de conclusión

El debate de la eutanasia ha de girar en torno a la dignidad de las personas. Dignidad definida como derecho de cada cual a determinar libremente su vida de forma consciente y responsable y a obtener el correspondiente respeto de los demás (Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril). Es el basamento necesario para el desarrollo lógico y ontológico para la existencia y especificación de los demás derechos. Desde esta perspectiva cabe la pregunta de si una vida sentida sin dignidad ha de ser vivida aun a pesar del sufrimiento que ello pueda conllevar.

Tal es el sentido que el legislador pretende dar a la norma reguladora de la eutanasia, al tiempo que trata de establecer en qué circunstancias se ha de desarrollar la ahora nueva prestación del sistema sanitario, limitando que tengan cabida otros supuestos diferentes.

La sociedad ha ido avanzando en el posicionamiento moral en temas tales como la aplicación de la adecuación del esfuerzo terapéutico o la administración de fármacos dirigidos a reducir el sufrimiento, aún a pesar de asumir el doble efecto de acortar o precipitar la muerte. En este sentido, está por ver cómo cala en la sociedad esta nueva regulación y para ello será necesario que el debate -como se ha dicho - se plantee desde la reflexión y el análisis ético, no desde el dogmatismo ajeno a las experiencias propias de las personas que se enfrentan al sufrimiento en circunstancias especialmente difíciles o en el último tramo de su vida.

La Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia participa en el procedimiento de la prestación de la ayuda médica para morir velando tanto por los aspectos procedimentales como por los éticos. Su intervención y sus funciones han de ser fruto del análisis prudente, reflexionado y razonado de los aspectos legales, formales y éticos que confluyen, siendo consciente de que cada petición tiene detrás a una persona única, que siente, piensa y actúa conforme a su propia experiencia vital.

3. SENTENCIA PARA DEBATE

I. COMENTARIO DE LA STS Nº 965/2021, DE 6 DE JULIO, SOBRE LA INTEGRACIÓN DIRECTA DEL PERSONAL ESTATUTARIO POR VIA REGLAMENTARIA CON LA CREACIÓN DE UNA NUEVA CATEGORÍA PROFESIONAL.

Cecilio García Diéguez

Jefe del Servicio de Coordinación y Producción Normativa del Servicio de Salud de las Illes Balears.

1. INTRODUCCIÓN

El recurso de casación que da origen a este pronunciamiento lo interpone el Gobierno de Cantabria contra la sentencia núm. 145/2019, de 3 de mayo, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, estimatoria del recurso tramitado por el procedimiento ordinario núm. 173/17, formulado por la Administración General del Estado frente a la Orden SAN 18/2017, de 3 de abril, publicada en el BOC de 17 de abril de 2017, por la que se estableció el Procedimiento de Integración del Personal Estatutario, Fijo e Interino, de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud, en la categoría de Enfermero/a del Trabajo.

La Sentencia del TSJ de Cantabria núm. 145/2019, de 3 de mayo, había estimado el recurso interpuesto por la Administración General del Estado contra la Orden SAN 18/2017, de 3 de abril, porque en ella se regulaba un procedimiento de integración directa y voluntaria en la categoría de enfermero de trabajo, cuyos destinatarios eran el personal estatutario de otras categorías profesionales que estando en posesión de la titulación requerida, ostentase un nombramiento para una plaza cuyo contenido funcional se corresponde con las funciones propias de la nueva categoría.

La Sala de instancia fundamenta su decisión en que la Orden recurrida fija un procedimiento de integración directa en la nueva categoría, sin que tal procedimiento se hay previsto por el legislador, ni tenga cobertura en la legislación estatal ni autonómica. Entiende la sentencia recurrida que la previsión de integración directa resulta contraria a los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad recogidos en los artículos 103.3 y 23.2 de la CE, así como en el art. 29 del Estatuto Marco. Por otra parte, considera que el procedimiento de integración que regula la Orden tampoco encuentra encaje en los procedimientos de estatutarización que regula la disposición adicional quinta del Estatuto Marco, toda vez que esta disposición regula una “integración directa” en la condición de personal estatutario del personal funcionario y laboral de los centros sanitarios, con la finalidad de homogeneizar el régimen de prestación de servicios de todo el personal sanitario.

De acuerdo con los antecedentes precitados, el Tribunal Supremo acuerda admitir a trámite el recurso para dilucidar la siguiente cuestión de interés casacional: si, con motivo de la creación de una categoría profesional, la integración de personal estatutario (fijo e interino) en la misma ha de llevarse a cabo a través de un procedimiento basado en los principios constitucionales que rigen el acceso al empleo público o si es posible la integración directa al amparo de la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (EM).

2. ANÁLISIS DE LA SENTENCIA

Antes de analizar el pronunciamiento conviene ponderar su trascendencia, pues el procedimiento seguido por la Orden del Gobierno de Cantabria no resulta desconocido para otros Gobiernos autonómicos, pues la inmensa mayoría de ellos han aprobado reglamentos similares con ocasión de la creación de nuevas categorías profesionales, estableciendo en los mismos procedimientos de integración directa para el personal de otras categorías profesionales que tuviera la titulación y estuviera ejerciendo las funciones de esa nueva categoría.

El fundamento de la reglamentación autonómica trae causa del art. 14.1 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (EM), el cual establece un sistema básico de ordenación del personal estatutario en categorías y grupos profesionales, que se crean libremente por cada Servicio de Salud en atención a sus necesidades y a criterios de unidad funcional, competencias profesionales y titulación requerida para el acceso.

Pese a que el art. 75.2 y 3 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (TREBEP) somete la creación de cualquier agrupación funcional al principio de reserva de ley, han sido innumerables las leyes autonómicas que han deslegalizado dicha materia permitiendo que por vía reglamentaria se puedan crear, suprimir y modificar categorías profesionales de personal estatutario.

Como tónica general, los Decretos y Órdenes que han creado nuevas categorías profesionales han procedido a regular procedimientos de “integración directa” similares a los regulados por la Orden SAN 18/2017; bien al albur de habilitaciones contenidas en la propia normativa de desarrollo autonómica, como ocurre con el art. 14.1 de Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria; o bien al amparo de la disposición adicional tercera del Real Decreto Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (vigente con rango reglamentario y sin carácter básico, según la disposición transitoria sexta apartado uno letra c) del EM). En efecto, el párrafo tercero del Real Decreto Ley 1/1999, admite expresamente la “integración directa”, cuando permite que la norma de creación de la categoría profesional pueda acordar la integración en otras categorías de personal estatutario fijo de aquellas que se declaren a extinguir, siempre que correspondan al mismo grupo de clasificación y tengan asignadas áreas funcionales coincidentes.

Frente a dicha regulación, la respuesta del Tribunal Supremo se expresa claramente en el fundamento jurídico sexto de la sentencia comentada, donde el alto tribunal sostiene que la normativa autonómica que crea categorías profesionales, incluidos los criterios de integración respecto al personal afectado —en este caso el art. 14.1 de la Ley 9/2010, de 23 de diciembre—, no puede desconocer las previsiones impuestas por la norma básica estatal, en especial los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, que contiene el art. 29.1 letra a) del EM, los cuales rigen la provisión de plazas del personal estatutario de los servicios de salud.

Sobre la base de esos principios, la Administración no puede invocar la potestad de auto-organización que le otorgan los reglamentos autonómicos precitados, pues tal potestad debe sujetarse a los límites legales, en este caso, a los principios y a los sistemas que rigen la provisión de las plazas del personal estatutario.

Respetando los principios que contiene el art. 29.1 letra a) del EM, el propio art. 29.3 del mismo texto legal enumera, de forma tasada, los sistemas de provisión de plazas, los cuales, en opinión del órgano judicial, resultan conculcados cuando un reglamento autonómico permite la integración directa del personal de determinadas categorías preexistentes, impidiendo que otras personal que posean la titulación del grupo profesional, e incluso que haya realizado las funciones accedan a la nueva categoría creada.

Por otro lado, y tal y como hemos apuntado en la introducción, tampoco admite el Tribunal el alegato de la Administración autonómica cuando fundamenta la integración directa en la habilitación legal que contiene la disposición adicional quinta del EM, por cuanto dicha disposición regula los llamados procedimientos de estatutarización, cuyos destinatarios son el personal funcionario y laboral de los centros sanitarios, siendo su finalidad la de homogeneizar el régimen de prestación de servicios de todo el personal sanitario de los servicios de salud.

También rechaza el Tribunal los argumentos de la parte recurrente cuando sostiene que los procesos de integración no son procesos de provisión, pues los procesos de integración directa comportan una modificación en la plantilla orgánica, amortizando plazas que dejan de ser de una categoría y pasan a ser de otra categoría diferente, cuya provisión debe de estar abierta a todas las personas que, ostenten la titulación y los demás requisitos legalmente exigibles, puesto que así lo exigen los principios dimanantes de art. 29 letra a) del EM.

En otro orden de consideraciones, y a modo de "*obiter dicta*", el alto tribunal recuerda dos presupuestos básicos que pese a estar claramente definidos en el art. 15.1 del EM, resultan sistemáticamente incumplidos en la práctica: la necesidad de que la creación, modificación, supresión e integración directa en una categoría profesional esté prevista en un Plan de Ordenación de Recursos Humanos, así como el hecho de que dicha norma deba negociarse en el órgano de negociación correspondiente (art. 37.1 letra c) del TREBEP).

En la sentencia que se analiza, el Tribunal Supremo recoge una idea que ya había alumbrado en otro pronunciamiento anterior, reflejado en la STS de 24 de septiembre de 2008 (nº de recurso 204/2005), la cual rechazó la integración automática de los funcionarios de la escala de secretaria-intervención (antiguo grupo B) en la escala de secretaria-intervención (antiguo grupo A). En efecto, el fundamento jurídico 8 señala que no es admisible la integración automática en el Grupo A, sin exigencias de titulación, ni antigüedad, ni de procesos de verificación de las capacidades profesionales, pues tal proceder resulta contrario con los principios y normas que presiden el régimen jurídico de la función pública (arts. 23.2 y 103.3 de CE).

3. CONCLUSIÓN.

Como culminación de lo expuesto, la doctrina jurisprudencial que establece el Tribunal Supremo es que, con motivo de la creación de una categoría profesional, la integración del personal estatutario (fijo e interino) en la misma ha de llevarse a cabo a través de un procedimiento basado en los principios que deben regir la provisión de plazas del personal estatutario, conforme al artículo 29 de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de la Seguridad Social, sin que resulte posible acudir a procedimientos de integración directa, por tratarse de una situación ajena a la que contempla la disposición adicional quinta de la referida Ley 55/2003.

Ahora bien, la doctrina establecida por la sentencia deja abiertos algunos interrogantes que trascienden del ámbito puramente sanitario, y que se proyectan sobre el estatuto general de los empleados públicos, a la vista de las numerosas leyes de función pública autonómicas que han previstos procedimientos de integración directa con ocasión de la creación de nuevos cuerpos o escalas. Y es que si seguimos la línea expresada en este pronunciamiento tales leyes incurrirían en inconstitucionalidad mediata o indirecta por contradecir los principios básicos que rigen el acceso al empleo público (art. 55 del TREBEP), los cuales también se aplican, si bien con matices, a los procedimientos de provisión, tal y como ha recordado el Tribunal Constitucional en las SSTC 192/1991 y 200/1991). Tales matices admiten una suavización de los rigores dimanantes de los consabidos principios de igualdad, mérito y capacidad, pero exigen en todo caso la acreditación de la titulación determinada, así como un proceso de verificación de las capacidades profesionales, que deben evidenciarse en procedimiento público sujeto a los principios de mérito y capacidad, tal y como advierte la STS de 24 de septiembre de 2008 (nº de recurso 204/2005).

II. SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE EXTREMADURA 74/2021 DE 22 DE ABRIL DE 2021. DERECHO DE LA USUARIA A QUE EL CENTRO HOSPITALARIO PÚBLICO HAGA ENTREGA A UNA ENTIDAD DE LA SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL OBTENIDA DURANTE EL PARTO PARA UN USO AUTÓLOGO EVENTUAL.

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

La sentencia del Tribunal Supremo concluyó que la regulación contenida en el Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, no establece un derecho de los establecimientos de tejidos ejercitable frente a los centros o unidades de obtención para que pacten con aquellos. Un establecimiento de tejidos puede suscribir acuerdos con centros hospitalarios que cuenten con unidades de obtención, pero la exigencia de ese acuerdo -que es un requisito de actividad de los centros de obtención- no puede erigirse en un derecho ejercitable frente al servicio autonómico de salud que le obligue a convenir o acordar con la recurrente el envío de la sangre del cordón umbilical procedente de sus centros de obtención no para donación, sino para uso autólogo eventual.

Sin embargo lo que se discute en esta sentencia es si la usuaria del servicio de salud puede reclamar el ejercicio de los derechos recogidos en el Real Decreto-Ley 9/2014. Partiendo de la STS antes mencionada, el Tribunal autonómico concluye que el servicio de salud debe atender la petición de la usuaria pues, de lo contrario, se produciría una situación discriminatoria en función donde residan los progenitores, pues algunas CCAA han celebrado convenios de colaboración con establecimientos privados de tejidos y bancos de sangre.

La Sala no discute el planteamiento del Servicio Extremeño de Salud de fomentar las donaciones altruistas de sangre de cordón umbilical para uso alogénico, preservando el carácter público y solidario del sistema sanitario, pero entiende que este argumento no puede privar a la usuaria del derecho que tiene reconocido en el citado RD-Ley.

Asimismo, añade, “si bien no está comprobada la utilidad de un uso autólogo eventual, tampoco está comprobado lo contrario, que sea prejudicial, de manera que existiendo una regulación que ampara la libertad del paciente para la reutilización de las células no puede oponerse un estado de la ciencia que se desconoce en el presente momento como evolucionará”.

Por todo lo anterior se estima el recurso de la interesada y se obliga al Servicio Extremeño de Salud a realizar las actuaciones que son precisas para el ejercicio del derecho de uso autólogo eventual reconocido en el RD-Ley 9/2014, de 4 de julio.

5.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.

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

I.- RECURSOS HUMANOS.

- Valoración de servicios prestados en centros de investigación.

STSJ Andalucía 31-05-2021, nº 2256/2021, rec. 513/2020.

La cuestión gira en torno a si la experiencia acreditada, servicios prestados en el Centro de Investigaciones Médico Sanitarias (CIMES) y en el Centro Nacional de Aceleradores (CNA), ambos de titularidad pública, se prestó en centros sanitarios. Se dice por el SAS que no todas las entidades que constan autorizadas en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos sanitarios y presentes en el sistema SICIESS son centros sanitarios.

Así pues se trata de determinar si la interpretación de las bases por el Tribunal Calificador, que valora esta experiencia como servicios prestados en centros no sanitarios de la Administración Pública o del Sector Público y otorgan una puntuación de 0,15 puntos/mes es cuestión derivada de su discrecionalidad técnica o si tal interpretación va más allá de tal potestad y supone una interpretación restrictiva de las propias bases.

Conforme al Real Decreto 1277/2003 y el Decreto 69/2008, antes mencionados, según los cuales, los Centros CIMES y CNA están calificados como Centros Sanitarios proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento, especializados en el diagnóstico por imagen.

La consecuencia de ello es que la decisión de excluir la experiencia en tales centros, amparándose en la discrecionalidad técnica, resulta contraria a la propia normativa que define tales centros. Procede, por tanto, la estimación del presente recurso en el sentido de que se debe proceder a la experiencia profesional acreditada, tanto en el CIMES como en el CNA como susceptible de ser incluida en el apartado 1.a) del baremo, a razón de 0,30 puntos por cada mes y que arroja la puntuación de 35,595 puntos, con las consecuencias que se deriven de la nueva puntuación resultante.

Más información: poderjudicial.es

- Debe declararse categóricamente que el personal estatutario temporal no puede participar en los procesos de provisión de puestos de trabajo, sean por concurso o por libre designación.

STSJ de Castilla-La Mancha nº 10065/2021 Recurso Apelación 15/2019

La misma naturaleza del personal temporal pugna con la posibilidad de que acceda, por los procesos de provisión, a puestos diferentes de aquéllos para los que fue nombrado. El personal fijo puede acceder, mediante los sistemas de provisión, a diferentes puestos de trabajo porque pertenece a un cuerpo, escala o categoría; pero quien es nombrado para un puesto temporalmente, tiene como única vinculación con la Administración dicho nombramiento y, por tanto, no hay ningún otro vínculo subyacente que le permita acceder, desde dicho puesto a otros.

Además:

El art. 2.3 del EBEP, los artículos 78 y siguientes de dicha norma son preceptos perfectamente aplicables al personal estatutario, y así habrá que aplicarlos a no ser que otra norma con rango de ley los exceptúe. Pues bien, de la lectura de estos preceptos se desprende inequívocamente que los procesos de provisión, que son el concurso y la libre designación, son aplicables solamente a los funcionarios públicos de carrera, de lo que hay que colegir inequívocamente que en el ámbito estatutario son aplicables solamente al personal estatutario fijo

Añade:

Que el interesado sea personal temporal de “larga duración” de manera abusiva no es razón para desconocer las leyes españolas De modo que la forma adecuada para pasar a ser personal fijo es que la Administración convoque los correspondientes procesos selectivos y se presente a los mismos y acceda en buena lid a una plaza fija, o que se adopten las medidas legislativas que correspondan si se entiende que la normativa europea obliga a las mismas. Mientras tanto, no está en poder de la Administración ni de los Tribunales dejar de aplicar las leyes. Debe concluirse, por tanto, que permitir participar al personal temporal en un procedimiento de provisión de puestos de libre designación, en competencia con el personal estatutario fijo no solo es manifiestamente ilegal, sino que da lugar a un nombramiento nulo de pleno derecho en virtud del art. 47.1.f de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común, que sanciona con tal nulidad “los actos expresos o presuntos contrarios al ordenamiento jurídico por los que se adquieren facultades o derechos cuando se carezca de los requisitos esenciales para su adquisición”.

Más información: poderjudicial.es

- Exigencia a enfermero en prácticas de aportar certificado negativo de delitos sexuales: no restringe su derecho a la educación.

STSJ Galicia, 57/2021, 3 de febrero, nº Rec. 216/2020.

La Sala considera que la exigencia a un enfermero en prácticas para que aporte el certificado negativo del Registro central de delincuentes sexuales para la realización de prácticas clínicas en los centros y servicios de las instituciones sanitarias, no resulta contrario al derecho a la protección de datos personales, ni restringe su derecho a la educación. Que el recurrente no pueda lograr el título académico de diplomado en enfermería hasta que realice las prácticas en los centros hospitalarios no es una limitación permanente, sino limitada en el tiempo ,ya que podrá lograrlo cuando se le cancelen los antecedentes, aproximadamente en un plazo de 3 años

En este caso, el enfermero cuenta con antecedentes por delito de los previstos en el Registro de delincuentes sexuales (no especifica cuales), porque cuando tenía 14 años fue condenado a la pena de dos años de libertad vigilada.

Dice la Sala que *“resulta indiscutible que en sus prácticas clínicas de enfermería el actor puede tener contacto habitual con menores porque:*

1º Los Hospitales tienen servicios utilizados también por menores de 16 a 18 años, como radiología o laboratorios,

2º Los mayores de 14 años pero menores de 18 no atendidos en el servicio de pediatría lo son en los servicios generales de adultos, porque el artículo 3.3 de Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Seguridad Social, establece para quienes tengan una edad igual o superior a catorce años que se podrá elegir entre los facultativos de medicina general incluidos en su territorio de elección,

3º Hay unidades que carecen de atención específica de pediatría, como la de quemados, y

4º Más específicamente, dentro del ámbito en que el demandante ha de desarrollar sus prácticas, uno de los centros sanitarios es el Hospital Materno Infantil DIRECCION000 de A Coruña, donde la presencia de menores es constante y permanente.

De hecho, un enfermero puede tener un contacto físico directo y estrecho con menores en el ejercicio de su cometido profesional o en las prácticas clínicas de los estudios, ya que administra medicación, pincha, manipula, lava, rasura, etc, a los pacientes, siendo habitual la presencia de menores en cualquier centro sanitario, y ello al margen de que hay determinados centros en que esa presencia se incrementa y en que la posibilidad de contacto es todavía mayor, como sucede en el Hospital Materno Infantil DIRECCION000 de A Coruña o en los servicios de pediatría de cualquier centro sanitario.”

Más información: poderjudicial.es

- **Procedimiento selectivo: abono de interés legal de salarios dejados de percibir en ejecución de sentencia.**

STS nº 714/2021, de 21 de mayo.

La cuestión que presenta interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia es si, en los supuestos de ejecución de sentencia de procesos selectivos que conllevan una nueva baremación de los méritos alegados y que dan lugar al nombramiento del interesado, con abono de las retribuciones dejadas de percibir, las cantidades devengadas generan o no intereses legales y la fecha que, en su caso, habría de tomarse en consideración para su cálculo.

El recurrente alega, en resumen, lo siguiente:

Obtenida la plaza, promovió incidente de ejecución para que los salarios dejados de percibir entre la fecha que debió haber superado el proceso selectivo y la fecha en que efectivamente se incorporó a la plaza se actualizasen al interés legal

En este caso habrá una cantidad liquidable teniendo presente esos parámetros como, por ejemplo, número de mensualidades no percibidas, sueldo correspondiente, de modo que a efectos de la exigencia de que la cantidad fuese líquida o liquidable para devengar intereses, la cuantificación de lo debido dependía de un cálculo que, en realidad, ya estaba hecho al menos en el caso del recurrente al tiempo de ordenarse la ejecución de la sentencia: bastaba estar a lo pagado en concepto de retribuciones básicas durante esas anualidades a un celador con la categoría del recurrente, más los complementos asignados al puesto de trabajo adjudicado.

Al ser nulos de pleno Derecho los actos impugnados, el momento para iniciar el cómputo de los intereses será aquél en que debió percibir sus retribuciones con base en el fin indemnizatorio de los mismos y por el tiempo que estuvo privado de los salarios.

Más información: poderjudicial.es

- **Nota de corte en procesos selectivos sometidos a revisión de oficio: se aplica la nota de corte del último aprobado.**

ATS 30-09-2021, rec nº 4612/2021

Primero: Si resulta conforme a los principios de igualdad, mérito y capacidad, la revisión general acordada por la Administración, en virtud de la anulación de una base de la convocatoria de un proceso selectivo, que da lugar al reconocimiento del derecho a ser incluidos en la lista de aprobados, a los aspirantes que superen la nota que resulta de ese proceso de revisión y con respecto a los que en la lista inicial habían superado el proceso.

Segundo: Como consecuencia de lo anterior, cuando se trata de adjudicar una plaza al aspirante en un proceso selectivo, tras obtener por vía de revisión de actos nulos la posibilidad de superar la fase de oposición y pasar a la fase de méritos, cuál debe ser la nota de referencia que hay que tener en cuenta, si la del último aprobado en su día o la nueva nota que resulta del proceso de revisión, de acuerdo con el número máximo de plazas convocadas y sin perjuicio de terceros de buena fe.

Más información: poderjudicial.es

- Carrera profesional personal temporal.

STSJ Andalucía 28-05-2021, nº 850/2021, rec. 405/2021.

Encontrándose el derecho a la carrera profesional incluido en el concepto "condiciones de trabajo" de la cláusula cuarta del Acuerdo Marco incorporado a la Directiva 1999/70/CE referida al principio de no discriminación. El interesado ha desempeñado un trabajo como FEA idéntico al desempeñado por sus compañeros estatutarios fijos, de modo que la única razón para la denegación al acceso a la carrera profesional es el carácter de la relación temporal eventual, frente al personal estatutario fijo y al interino, lo que supone una discriminación no admisible, sin que por el SAS se haya dado ninguna razón objetiva de la diferenciación de trato salvo la naturaleza del vínculo temporal. Por lo que debemos desestimar el recurso en dicho punto.

Más información: poderjudicial.es

- La categoría de enfermero no permite participar en concurso de traslados para categoría de enfermero de urgencias de atención primaria.

STSJ de Extremadura núm. 32/2020 de 12 marzo.

El interesado consideraba que la categoría de Enfermero es equivalente a la de Enfermero de Urgencias de Atención Primaria y por tanto podía presentarse al concurso de traslado.

La categoría de referencia de Enfermero tiene categorías equivalentes que permiten poder presentarse a los concursos de traslado de Enfermeros, pero no existe una categoría de referencia de Enfermeros de Urgencias de Atención Primaria que disponga de categorías equivalentes.

Por tanto, un Enfermero no puede presentarse a la categoría de Enfermero de Urgencias de Atención Primaria, pues la segunda no es categoría de referencia, sino que se trata de una categoría específica que el enfermero, que pretende presentarse a un concurso de traslado de esta categoría específica, debe disponer de origen.

Más información: poderjudicial.es

II.- PRESTACIONES SANITARIAS.

- **Asunto casacional:** si los mutualistas de la MUFACE pueden ser beneficiarios de la cobertura de los gastos farmacéuticos derivados de un tratamiento de reproducción asistida mediante la técnica de la inseminación artificial en los supuestos en los que no concurra una causa biológica de esterilidad.

ATS, 21 de Octubre de 2021 nº 3781/2021.

Existe interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia que estriba determinar si los mutualistas de la MUFACE pueden ser beneficiarios de la cobertura de los gastos farmacéuticos derivados de un tratamiento de reproducción asistida mediante la técnica de la inseminación artificial en los supuestos en los que no concurra una causa biológica de esterilidad, o si, por el contrario, esos gastos tan solo se abonan en tales situaciones, con independencia del estado civil, sexo u orientación sexual de los pacientes.

El acceso a TRHA por parejas del mismo sexo genera división de criterio entre los Tribunales Superiores de Justicia:

Las sentencias de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 26 de abril de 2013 (recurso de suplicación 554/2013) y de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha de 13 de septiembre de 2017 (recurso de suplicación 521/2017), pero también de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 28 de setiembre de 2017 (recurso 321/2016), o del Juzgado de lo Social núm. 18 de Madrid de 15 de septiembre de 2015 (recurso 672/2015), entienden que en casos sustancialmente idénticos o similares se produce una clara quiebra del derecho fundamental a no ser discriminado por razón de orientación sexual y estado civil, en definitiva del derecho a la igualdad consagrado en el artículo 14 de nuestra Constitución,

Por el contrario:

Otras sentencias, singularmente la dictada por la Sección Octava de la propia Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid el 31 de enero de 2019 (recurso 225/2017), se manifiestan en sentido contrario al considerar que los gastos derivados de un tratamiento de reproducción asistida humana se abonan en situaciones de "esterilidad", con independencia de la orientación sexual o estado civil de los pacientes, no impidiéndose el acceso a las técnicas de reproducción asistida a personas en la misma situación que la actora, sino que simplemente, y dado que la misma no presenta enfermedad alguna, lo que se resuelve es que tales gastos no pueden ser sufragados por el Sistema Nacional de Salud.

En esta línea se posiciona el recurso de la Abogacía del Estado, que considera que entenderlo de otro modo "lleva a la conclusión de que cualquier mujer mutualista que lo desee, por su sola voluntad, tendría derecho a la cobertura sanitaria, sustituyendo el elemento terapéutico o clínico por un derecho de opción que considera ausente del régimen de protección público. Entiende que el derecho a la cobertura se basa en situaciones de esterilidad, al margen del estado civil o de la situación de los pacientes."

Estamos ante un debate que tras la aprobación de la Orden SND/1215/2021, de 5 de noviembre, por la que se modifica el anexo III 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, y los anexos I y II del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y que será objeto de comentario en el próximo número del Boletín de Derecho Sanitario y Bioética, pierde gran parte de su sentido.

Más información: poderjudicial.es

- **El nuevo Proyecto de Ley de Salud Mental: un despropósito. Sociedad Española de Psiquiatría Legal.**

Para la SEPL:

“El problema actual de la atención al enfermo mental no es de restricción de derechos, sino de que existan recursos comunitarios y profesionales suficientes para atenderlos. Los pacientes con trastorno mental grave tienen derecho a una atención digna ,y esto se conseguirá aumentando los recursos comunitarios disponibles. Este es el problema principal a resolver.”

Más información: psiquiatrialegal.org

II.- CONTRATACIÓN PÚBLICA.

- **Cuando se envíe por medios electrónicos una oferta en dos fases, el plazo de 24 horas que se establece para enviar la oferta completa lo es para remitir la misma, sin que sea exigible necesariamente que se produzca su recepción en dicho plazo.**

Expediente 44/2020, de 10 de Junio de 2021, de la Junta Consultiva de Contratación Pública del Estado.

La Federación expone que la Plataforma de Contratación del Sector Público (PLACE) tiene un límite de capacidad que impide que se realice la presentación de ofertas de forma correcta y que presenta muy frecuentemente problemas en cuanto al tamaño de la documentación a presentar. De resultas de tal situación, los licitadores no pueden presentar su oferta a tiempo.

La disposición adicional decimosexta de la LCSP establece que:

“En los procedimientos de adjudicación de contratos, el envío por medios electrónicos de las ofertas podrá hacerse en dos fases, transmitiendo primero la huella electrónica de la oferta, con cuya recepción se considerará efectuada su presentación a todos los efectos, y después la oferta propiamente dicha en un plazo máximo de 24 horas. De no efectuarse esta segunda remisión en el plazo indicado, se considerará que la oferta ha sido retirada.”

La Junta Consultiva comparte el planteamiento realizado por FENIN y declara que cuando se envíe por medios electrónicos una oferta en dos fases, - mediante la presentación inicial de la huella electrónica-, el plazo de 24 horas que se establece para enviar la oferta completa y cuyo incumplimiento determina la consideración de que la oferta ha sido retirada, lo es para remitir la misma, sin que sea exigible necesariamente que se produzca su recepción en dicho plazo.

Más información: hacienda.gob.es

- **Rectificación por el licitador de su oferta por un supuesto error aritmético: nueva oferta. Improcedente.**

**Recurso nº 920/2019 C.A. Castilla-La Mancha 71/2019
Resolución nº 1117/2019, de 7 de octubre-**

Recurso interpuesto contra la exclusión de la licitación convocada por la Gerencia de Atención Integrada de Manzanares del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para contratar el “*Servicio de limpieza, desinfección, desratización y desinsectación del Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares*”. Alega la entidad que existe un error aritmético que según la misma es fácilmente apreciable.

Para el tribunal administrativo, el supuesto error que alega el recurrente requeriría la realización de operaciones aritméticas que debería haber realizado en todo caso aquélla en el momento de presentar la oferta en la forma establecida en los Pliegos. Sin embargo, mediante “la aclaración” la recurrente acude a un cuadro de presencia distinto al contenido en el Anexo “E” (página 184 del sobre nº 2) y del que resulta una cantidad distinta a la ofertada por la recurrente en el referido Anexo “E”, lo que no es sino una modificación de la oferta.

Así pues la aclaración interesada por la ahora recurrente no sería sino la modificación de la oferta en su día presentada, por cuanto en el número de horas contenidas en la oferta técnica de la recurrente no supera el umbral mínimo exigido en el PPT. La admisión de la “aclaración” de la recurrente supondría la presentación de una nueva oferta, lo que vulneraría los principios de igualdad y libre concurrencia que han de informar la contratación del sector público.

No se aprecia por tanto vulneración del principio de confianza legítima, de infracción del deber de las Administraciones Públicas de servir con objetividad los intereses generales y de respetar en su actuación el principio de buena fe.

Más información: hacienda.gob.es

- **Subsanación realizada fuera de plazo.**

Resolución nº 281/202 del Tribunal Administrativo de Recursos Contractuales de la Junta De Andalucía, de 06 de Agosto de 2020

En el presente caso queda constatado que se ha presentado la subsanación fuera del plazo establecido por lo que no cabe atender a la pretensión de la recurrente y admitir la documentación presentada fuera de plazo, sin vulnerar el principio de igualdad de trato, "la regla de la excepcionalidad de la preclusión de los plazos en el procedimiento administrativo y el antiformalismo que presiden la LRJPAC, deben aplicarse en el procedimiento de adjudicación de los contratos de forma que se respeten los principios de igualdad de trato y de eficiencia que proclama la LCSP. El principio de igualdad de trato supone que los licitadores deben poder conocer con claridad los trámites procedimentales que resultan aplicables y la imposibilidad de modificar a favor de un licitador, aquellos plazos establecidos para la realización de una actividad simultánea por todos los licitadores ", ya que lo contrario situaría a la recurrente en una posición de ventaja frente al resto de licitadoras.

En este sentido se manifiesta el Tribunal General de la Unión Europea, Sala Segunda, en Sentencia de 28 de junio de 2016 (asunto T-652/14), que afirma en su apartado 78 que " Por otro lado, si la EUIPO [entidad contratante] no se hubiera atenido a las condiciones que ella misma había fijado en los documentos del procedimiento de licitación, habría vulnerado el principio de igualdad de trato entre los licitadores y su actuación habría afectado negativamente a una competencia sana y efectiva. En este sentido, la jurisprudencia ha precisado que, cuando, en el marco de un procedimiento de licitación, el órgano de contratación define las condiciones que pretende imponer a los licitadores, se autolimita en el ejercicio de su facultad de apreciación y no puede ya apartarse de las condiciones que de este modo ha definido con respecto a cualquiera de los licitadores sin vulnerar el principio de igualdad de trato entre los licitadores (sentencia de 20 de marzo de 2013, Nexans France/ Empresa Común Fusion for Energy, T-415/10, EU:T:2013:141, apartado 80)".

Más información: juntadeandalucia.es

- **Acuerdo marco de suministro de medicamentos: cláusula de devolución por caducidad y cláusula de reparto en planta.**

Resolución nº 297/2020 del Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales, de 27 de Febrero de 2020.

Según la cláusula de devolución por caducidad "El plazo del que dispondrán los órganos de contratación para la realización de devoluciones por caducidad al proveedor será de 1 año, computado desde la fecha en que el producto haya caducado, siendo la cantidad máxima a devolver el 10% de las previsiones de compra de cada centro para el período de vigencia del contrato. La mercancía devuelta será valorada al precio fijado en cada contrato y el transporte de la misma correrá a cargo de los adjudicatarios, que indicarán medio de transporte y transportista que hayan elegido al efecto".

El Tribunal considera que el artículo 300.4 de la LCSP no impide la aplicación de lo dispuesto en el Real Decreto 726/1982. El hecho de que una vez recibidos los bienes la Administración se haga responsable de su caducidad, no quiere decir que no se pueda aplicar al régimen de la caducidad lo que dispone esa norma específica sobre la materia.

Es cierto que el artículo sexto del R.D. 726/1982 hace referencia a los almacenistas y oficinas de farmacia, pero no se considera que dicha mención excluya a los servicios de farmacia de los hospitales públicos, haciéndolos de peor condición que aquellas entidades privadas.

Respecto a la cláusula de reparto en planta, establece como subcriterios de "calidad del servicio", el "compromiso de entrega en los pedidos urgentes menor a 12 horas", y el "compromiso de distribución a planta de sueros o soluciones de electrolitos para los hospitales que lo requieran para facilitar la logística". En el apartado J de dicho anexo, en cuanto al Lugar de prestación del servicio, se indica que "las entregas deben efectuarse en los lugares designados por los Centros Gestores destinatarios de los suministros y adecuarse a las programaciones que efectúen los propios Centros, programaciones que, en su caso, podrán indicar días y horas específicas de entrega".

Al igual que en relación con la cláusula la anterior, el Tribunal administrativo considera que dicha cláusula resulta ajustada a Derecho.

Distinta suerte corre la configuración del criterio "Características del acondicionamiento primario de la unidosis", que impugna la recurrente con base en que las características del acondicionamiento primario de la unidosis, relacionadas en el criterio de adjudicación, no son más que exigencias legales del contenido del etiquetado de los medicamentos que se fabrican industrialmente, impuestas por el RDL 1345/2007.

El órgano de contratación alega que la normativa obliga a incluir los datos mencionados en el acondicionamiento primario y, sin embargo, según él lo que se valora es el hecho de que tal información aparezca en la unidosis, a la vez que alega que ese requisito "no figura como preceptivo, ni como requisito mínimo en la normativa invocada por el recurrente."

Sin embargo el Tribunal discrepa por considerar que el envase unidosis es en realidad un tipo de acondicionamiento primario, siendo este último "el recipiente en contacto directo con el medicamento", y la unidosis "un envase que contiene una cantidad de preparación destinada a ser utilizada una única vez". Las unidosis, por tanto, han de contener necesariamente la información establecida en el citado punto cuarto de la parte segunda del anexo III del RD 1345/2007.

"Nada impide al OC establecer criterios de adjudicación consistentes en mejoras respecto de los requisitos mínimos establecidos (en el PPT y/o en la normativa que resulte de aplicación), pero no se pueden valorar las características técnicas que son de obligado cumplimiento para todos los licitadores".

Más información: hacienda.gob.es

IV.- REINTEGRO DE GASTOS.

- **Mutualista de MUFACE atendido en centro sanitario público por malestar sobrevenido mientras acompañaba a un paciente. No urgencia vital.**

STSJ de Madrid núm. 60/2019 de 24 enero.

Paciente que se encontraba en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico "San Carlos" de Madrid, acompañando a un familiar que acababa de sufrir un ictus. El demandante se mostraba totalmente asintomático, sin que nada hiciera prever que pudiera llegar a producirse algún contratiempo. Sin embargo, mientras permanecía en la Sala de Visitas, aproximadamente a las 19:25 horas, sufrió inesperadamente un cuadro de aparición súbita que le produjo un estado de mareo, con exteriorización de importante y llamativo cortejo vegetativo, que llegó a provocar un desvanecimiento y ello con la aparición de un dolor muy intenso y agudo.

Dado el lugar donde se encontraba y la alarma generada, inmediatamente acudieron profesionales sanitarios que le prestaron asistencia médica inmediata, llevándole a la zona de asistencia sanitaria de urgencias; Aunque el actor manifestó, en cuanto estuvo en condiciones de hacerlo, su condición de mutualista MUFACE y su integración en la entidad sanitaria ASISA, los profesionales que lo estaban atendiendo se decidieron por ordenar su ingreso hospitalario inmediato, dada la edad del demandante (73 años) y la sintomatología que presentaba, que inicialmente hacía pensar en la posibilidad de un infarto agudo de miocardio, la rotura de aneurisma abdominal, isquemia, u obstrucción intestinal, entre otras posibilidades.

A juicio de la Administración no existió urgencia vital sino solicitud de asistencia sanitaria realizada a centro distinto del asignado, por lo que existe obligación de reembolso.

El actor comunicó los hechos a ASISA, quien declinó hacerse cargo de los gastos de hospitalización, aun no liquidados. Presentada reclamación a MUFACE, esta fue rechazada, como asimismo el recurso de alzada contra la anterior.

Aunque no existe urgencia vital, sí queda acreditado que el demandante no acudió al Hospital Clínico en busca de asistencia médica, pues aunque no es cierto que estuviera asintomático, los síntomas que presentaba, que eran esencialmente nauseas, dolor abdominal, ausencia de deposiciones, seguramente consideró que no merecían acudir a urgencias.

Si la asistencia en medio no asignado al actor no fue buscada de propósito, sino por el hecho de encontrarse accidentalmente el actor de visita en el propio Centro hospitalario, y si la decisión primero de ingreso y luego de no traslado a otro Centro obedeció a criterios médicos de los facultativos que lo atendían, debe entenderse que en este caso el empleo de medio ajeno fue razonablemente elegido, teniendo en cuenta las circunstancias de lugar y tiempo en que la patología se produjo, así como la capacidad de decisión del enfermo y, por lo tanto, procede el reembolso de gastos médicos (FJ 5).

Más información: poderjudicial.es

V.- RESPONSABILIDAD SANITARIA.

- Distinción entre mala praxis y pérdida de oportunidad.

STSJ de Galicia núm. 465/2021 de 14 julio.

Paciente de 69 años edad, esposo y padre de los demandantes, con antecedentes clínicos de hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, a tratamiento con Sintrom, insuficiencia renal crónica secundaria a Lupus eritematoso sistémico, en hemodiálisis desde 1998 (tres sesiones a la semana), trasplantado renal en el año 2006 con trombosis de injerto y transplantectomía acudió, en el mes de abril de 2015, a su centro de atención primaria, por presentar una herida-edema en el dorso de su mano derecha de la que drenaba abundante pus. Se le prescribió amoxicilina y paracetamol, además de curas periódicas. Fue atendido en 29 ocasiones.

Cuando fue derivado al Hospital do Salnés, en fecha 1 de mayo de 2015, el paciente presentaba dolor intenso a la palpación y úlceras en 2º y 3º dedo y en carpo, así como limitación funcional importante en flexoextensión de dedos de la mano derecha.

El 26 de mayo de 2015 se le intervino quirúrgicamente por infección no controlada, procediéndose a la amputación de dicha extremidad.

Sobre estos hechos, concretaba la parte demandante su reclamación de responsabilidad patrimonial en la deficiente asistencia prestada a su esposo y progenitor, derivada de una clara infracción de la *lex artis ad hoc*, en cuanto no se valoró adecuadamente la gravedad de la lesión en la mano, no se diagnosticó con la celeridad que la situación requería y no se aplicó el tratamiento ajustado a su dolencia, todo lo cual condujo a la pérdida, por amputación, de su mano derecha.

Es evidente que ha habido un inicial error al diagnosticarle al paciente una celulitis simple en lugar de una complicada infección de piel y partes blandas, como hubiese sido lo correcto; ello determinó una demora evidente en el exacto diagnóstico de su dolencia, que obviamente, generó un retraso en su ajustado tratamiento. Hasta entonces, los medios de curación aplicados pueden considerarse adecuados al inicial diagnóstico. De no haberse producido el referido retraso, la amputación podría haber sido evitada, con un alto grado de probabilidad.

Más información: poderjudicial.es

VI.- MEDICAMENTOS.

- Requisitos para conseguir que un medicamento sea designado como huérfano, en este caso el medicamento Tricondi (Treosulfano).

Sentencia del Tribunal General de 23 de septiembre de 2020, Medac- Comisión Europea, Asunto T549/19.

La Comisión Europea consideró que no podía ser declarado como medicamento huérfano porque no presentaba un beneficio considerable respecto los medicamentos a base de melfalán y ciclofosfamida, que habían sido clasificados como métodos satisfactorios para el tratamiento de la afección huérfana a la que se destina Tricondi.

El Tribunal considera que no es admisible clasificar como métodos satisfactorios medicamentos que únicamente están autorizados para una parte de las afecciones a las que se dirige el medicamento que solicita la designación de huérfano.

Más información: poderjudicial.es

VII.- PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y DERECHO A LA INTIMIDAD

- Tratamiento excesivo de datos por el responsable del tratamiento: ejercicio por el interesado del derecho a la limitación del tratamiento o aplicación del principio de minimización de datos.

ATS 22-09-2021, rec. 1765/2021.

Se admite el recurso de casación n.º 1765/2021 preparado por la representación de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud contra la sentencia n.º 401/2020, de 17 de diciembre, dictada por la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco en el recurso de apelación n.º 748/2020.

La cuestión que se entiende que tiene interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia consiste en determinar si, ante un supuesto en el que un responsable de tratamientos de datos personales realiza un tratamiento, que el interesado considera excesivo, con los datos lícitamente ya recogidos, resulta aplicable únicamente el principio de "Minimización de datos" del artículo 5.1.c) del RGPD, o debió ejercer el interesado el "*Derecho a la limitación del tratamiento*" previsto en el artículo 18 del citado Reglamento. E identificamos como normas jurídicas que, en principio, serán objeto de interpretación, los artículos 5.1.c) y 18 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE sin perjuicio de que la sentencia haya de extenderse a otras cuestiones o normas si así lo exigiere el debate finalmente trabado en el recurso.

Más información: poderjudicial.es

VIII.- LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL.

- **Baja médica derivada de accidente de trabajo.**

STSJ de Castilla y León de Burgos, nº 360/2021 de 14 Julio de 2021, nº Rec. 327/2021

La actora es enfermera en Centro de Salud y uno día, cuando se encontraba de guardia asistiendo a una lactante, se personaron varios familiares que, de forma violenta, golpearon y forzaron la puerta de entrada a la sala gritándole que si le pasaba algo a la niña la mataban, entre otras expresiones amenazantes. El día siguiente se emitió parte de IT con el diagnóstico «estado de ansiedad no especificado». No hay prueba alguna de que la trabajadora sufriera previas patologías psicológicas. El estado de ansiedad de la actora se ha producido únicamente como consecuencia del trabajo realizado, no existiendo ningún antecedente anterior del mismo ni acreditadas otras posibles causas interconcurrentes.

El TSJ Castilla y León desestima el recurso de suplicación interpuesto contra la sentencia del Juzgado de lo Social núm. 3 de Burgos y confirma que la baja médica de la trabajadora demandante deriva de accidente de trabajo.

Más información: poderjudicial.es

- **El contrato de trabajo de obra y servicio: no sirve para atender las necesidades asistenciales en el servicio de urgencias hospitalarias por cobertura de vacaciones y permisos.**

STSJ de Castilla-La Mancha nº 00573/2021 de 9 de abril.

Se discute la calificación como fraudulento del contrato temporal suscrito por la trabajadora al no ajustarse a las exigencias legales en las que se pretendía sustentar. En este caso no procede definir el contrato como contrato para obra o servicio determinado, ya que la atención de las necesidades asistenciales en el servicio de urgencias de un hospital por la cobertura de vacaciones y resto de permisos del personal de urgencias no se corresponde con la existencia de una obra o servicio con efectiva y real autonomía y sustantividad dentro de la actividad ordinaria del centro.

Lejos de ello, las causas descritas se corresponderían, en último extremo, con otras modalidades de contrato temporal, en concreto el de interinidad o el de eventualidad, habiéndose pues utilizado una norma jurídica para dar cobertura a una situación fáctica ajena a su alcance y finalidad, lo que, de conformidad con lo dispuesto en el art. 6.4 del CC, implica un fraude de ley, que, por aplicación de lo dispuesto en el art. 15.3 del ET, determina la necesaria calificación de la relación laboral de la actora como indefinida no fija, y consecuentemente su cese debe ser declarado como despido improcedente.

Más información: poderjudicial.es

6.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

DERECHO SANITARIO

- Salud y derecho en tiempos de covid.

Autor/a: José Ramón Cossío Díaz
Tirant lo Blanch

Más información: editorial.tirant.com

- Salud, pandemia y sistema sanitario.

Sergio Fernández Ruiz (Escritor), Carlos Sánchez Fernández (Escritor), Marciano Sánchez Bayle (Escritor).

Más información: akal.com

II.- Formación

DERECHO SANITARIO

- VII Jornadas de Seguridad del Paciente.

Hospital Universitario de Toledo durante los días 18 y 19 de noviembre de 2021.

Más información: sanidad.castillalamancha.es

CONTRATACIÓN PÚBLICA SANITARIA

- Gestión Pública. Contratación y Marco Competencial de los Responsables Sanitarios.

Del 14/01/2022 al 12/02/2022

Más información: web.unican.es

-NOTICIAS-

- Más de la mitad de los países europeos prohíbe el acceso a la reproducción asistida a lesbianas y casi un tercio a mujeres sin pareja.

Fuente: civio.es

- Por qué deberías formalizar el testamento vital o documento de instrucciones previas.

Fuente: 20minutos.es

- Absuelta la subinspectora condenada por acceder al historial médico de su exmarido.

Fuente: lavozdeasturias.es

- Euskadi quiere dar acceso a la historia clínica de los mayores a los sanitarios de las residencias para mejorar la atención.

Fuente: eldiario.es

- “Es muy probable” que la objeción de conciencia de los médicos con la eutanasia sea similar a la del aborto.

Fuente: eldiario.es

- Las afirmaciones falsas sobre la supuesta “sentencia histórica” en Canarias y la vacunación obligatoria.

Fuente: newtral.es

- Madrid rectifica y da validez a la petición de eutanasia manifestada en el testamento vital sin que haya que ratificarla.

Fuente: elpais.com

- Una sentencia reconoce el derecho al abono de la carrera profesional a una trabajadora del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Fuente: eldiario.es

- La lucha del padre de Sarah Almagro para mejorar las prótesis de amputados: «A mi hija le tocaba un pie de madera».

Ismael Almagro pide que se agilice la publicación de los nuevos catálogos en los boletines oficiales para su entrada en vigor.

Fuente: diariosur.es

-BIOETICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

- **EUTANASIA Y ENFERMEDAD MENTAL** Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la *“Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia”*.

Cuando una persona solicita la aplicación de la ESAM debido a un trastorno mental, es necesario responder a cuatro cuestiones:

- a. “La voluntad manifiesta de morir, ¿obedece únicamente a la presencia de un trastorno mental susceptible de mejorar tras tratamiento?”
- b. “¿Está la voluntad de morir influida por la presencia de un trastorno mental susceptible de mejorar tras tratamiento, aunque no sea la causa fundamental de la solicitud de eutanasia?”
- c. “En cuanto al carácter “incurable” o “crónico e invalidante” de la enfermedad mental, ¿se han agotado los recursos terapéuticos de tipo biológico, psicológico y social, de acuerdo con la *lex artis*?”
- d. “¿Tiene la persona capacidad para dar un consentimiento informado con todas las garantías?”

Más información: sepsiq.org

- **MÉDICOS POR LA EUTANASIA.**

Página web respaldada por la asociación “derecho a morir” en la que se solicita el apoyo de médicos a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Más información: medicosporlaeutanasia.com

- **LA DELIBERACIÓN ÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: EL CASO DE UN PACIENTE EN LA FASE FINAL DE LA VIDA.**

Paciente oncológico con metástasis solicita sedación. El equipo médico negocia con el paciente la aplicación de medidas paliativas alternativas. Al día siguiente de haber conseguido llegar a un acuerdo, el paciente tuvo una noche de sufrimiento insoportable y llamaron para ser atendido en Urgencias. Y aunque la intención de todos los profesionales fue buena, un problema de coordinación entre los diferentes profesionales de atención primaria y atención hospitalaria hizo que no se respetara lo acordado y que no se tuvieran en cuenta sus últimas voluntades: fallecer sin sufrimiento en el hospital.

Más información: revistaeidon.es

- **BANCO DE RECURSOS ÉTICOS SOBRE COVID-19.** Institut Borja de Bioética.

Más información: iborjabioetica.url.edu

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

I.- Bibliografía

- Bioética y biopolítica Naproximaciones desde el trans/posthumanismo.

Autor: González R. Arnaiz, Graciano

Más información: comares.com

II.- Formación

- Título Propio de Experto en Bioética, 3ª edición.

Más información: fcs.es

- III Congreso nacional de Derecho de la Discapacidad: El Derecho de la Discapacidad: una disciplina jurídica transversal.

Los días 24, 25 y 26 de noviembre de 2021 se celebrará, en Granada, el III Congreso nacional de Derecho de la Discapacidad: El Derecho de la Discapacidad: una disciplina jurídica transversal.

Más información: tercercongreso.fderechoydiscapacidad.es