



SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 204 SEPTIEMBRE 2022.

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 ESTATAL: 2

II.-LEGISLACIÓN AUTONÓMICA: 2

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. 4

- Ley 17/2022, de 5 de septiembre, por la que se modifica la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. 7

3.SENTENCIA PARA DEBATE :

- Facturación prestación de asistencia sanitaria a paciente mutualista COVID.
STSJ de Madrid, 491/2022 de 6 Mayo, nº Rec. 466/2021. 9

4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS. 10

5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 22

-NOTICIAS-

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de septiembre de 2022 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética. 24

-BIOÉTICA y SANIDAD-

1.- CUESTIONES DE INTERÉS. 26

2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES. 29

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I. LEGISLACIÓN ESTATAL.

- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.

boe.es

- Ley 17/2022, de 5 de septiembre, por la que se modifica la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.

boe.es

III. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.

CATALUÑA.

- Decreto 173/2022, de 20 de septiembre, del Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña.

dogc.es

- Orden núm. SLT/202/2022, de 30 agosto. Actualiza el calendario de vacunaciones sistemáticas.

dogc.es

CASTILLA Y LEÓN

- Orden núm. SAN/1299/2022, de 14 septiembre. Fija el número máximo de nombramientos de personal emérito en los centros e instituciones sanitarias de Castilla y León, correspondientes al año 2023.

bocyl.es

NAVARRA

- Decreto Foral 83/2022, de 14 de septiembre, por el que se modifica el Decreto Foral 347/1993, de 22 de noviembre, por el que se regula el ingreso y la provisión de puestos de trabajo en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

bon.es

- Orden Foral 316E/2022, de 22 de agosto, de la Consejera de Salud, por la que se regula la organización del Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación de ayuda a morir.

bon.es

- ORDEN FORAL 331E/2022, de 1 de septiembre, de la consejera de Salud, por la que se establece el procedimiento para el acceso a datos de salud anonimizados del Registro de Morbilidad Asistida de Navarra para la realización de estudios de investigación sanitaria.

bon.es

ANDALUCÍA.

- Acuerdo de 30 de agosto de 2022, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del informe de la Consejería de Salud y Consumo sobre la evolución de la pandemia del COVID-19 en la Comunidad Autónoma de Andalucía a fecha 30 de agosto de 2022.

boja.es

- Acuerdo de 30 de agosto de 2022, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del informe sobre la respuesta del sistema sanitario ante los efectos de la infección por COVID-19 en centros residenciales y en domicilios de Andalucía a fecha 30 de agosto de 2022.

boja.es

MADRID

- Orden 824/22, de 6 de junio, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea el Comité Director de la Estrategia Regional de Terapias Avanzadas de la Comunidad de Madrid.

bocm.es

LA RIOJA

- Resolución de 15 de septiembre de 2022, de la Presidencia del Servicio Riojano de Salud, de actualización de distintos conceptos retributivos fuera de la jornada ordinaria.

bor.es

ARAGÓN

- DECRETO 131/2022, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se crean y regulan la Comisión de Garantía y Evaluación de Aragón del derecho a la prestación de ayuda para morir y el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir.

boa.es

EXTREMADURA

- Decreto 122/2022, de 28 de septiembre, por el que se desarrolla la Ley 13/2018, de 26 de diciembre, de conciertos sociales para la prestación de servicios a las personas en el ámbito social, sanitario y sociosanitario en Extremadura.

doe.es

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

- LEY ORGÁNICA 10/2022, DE 6 DE SEPTIEMBRE, DE GARANTÍA INTEGRAL DE LA LIBERTAD SEXUAL

Recogemos, a continuación, relación de los preceptos de la ley que afectan a la prestación sanitaria:

- Art. 8.

Las administraciones sanitarias, sociosanitarias y de servicios sociales competentes, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, promoverán la adopción de medidas para la prevención y sensibilización de las violencias sexuales sobre las personas usuarias de los recursos sanitarios, sociosanitarios y de servicios sociales, respetando, en todo caso, las competencias en estas materias de las comunidades autónomas.

- Art. 18.1

Las administraciones públicas competentes en materia educativa, sanitaria, sociosanitaria y social, desarrollarán, en el marco de sus respectivas competencias, actuaciones encaminadas a la detección e identificación de situaciones de violencia sexual. Para ello, promoverán la elaboración de protocolos específicos de detección, actuación y derivación en el ámbito educativo, social y sanitario, con especial atención a las víctimas menores de edad y con discapacidad.

- Art. 20.

1. Las administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán la adecuada formación del personal sanitario y no sanitario para la detección de las violencias sexuales y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del ámbito sanitario para la detección y respuesta frente a las violencias sexuales.

2. En los Planes Nacionales de Salud que proceda se contemplará un apartado de prevención, detección e intervención integral frente a las violencias sexuales.

3. La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se ocupará del apoyo técnico y la orientación de las medidas sanitarias necesarias para implementar lo dispuesto en este precepto, así como de la evaluación y proposición de las medidas necesarias para que el sector sanitario contribuya a la prevención, detección y respuesta diligente frente a estas violencias.

4. La Comisión contra la Violencia de Género elaborará, con implicación del Observatorio de Salud de las Mujeres, un protocolo común de actuaciones desde los servicios sanitarios en materia de violencias sexuales que incluya pautas de detección e intervención, tanto frente a las violencias recientes como a las producidas en el pasado. Las comunidades autónomas con competencias sobre la materia podrán crear protocolos análogos en el ámbito de su territorio.

5. *El protocolo común de actuaciones será el marco desde el que actualizar y mejorar los protocolos sanitarios autonómicos existentes, asegurando una actuación homogénea y adecuada del personal sanitario en el conjunto del Estado.*

La Ley vuelve a insistir sobre la elaboración de protocolos de detección e intervención en su art. 59 al establecer que:

En el ámbito de sus competencias, las administraciones sanitarias y las educativas, la Administración de Justicia, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, los servicios sociales y los organismos de igualdad articularán protocolos de detección, atención e intervención o derivación de las violencias sexuales que aseguren una actuación global, coordinada e integral de las distintas administraciones públicas y servicios implicados y que garanticen la actividad probatoria en los procesos que se sigan.

- Art. 33.1.c)

Los servicios de salud mental que se presten a las mujeres víctimas de violencias sexuales deberán ser diseñados con perspectiva de género y derechos humanos y deberán garantizar el consentimiento libre e informado de la mujer para cualquier tratamiento médico. Para ello, se le deberán facilitar los apoyos que pueda necesitar para ejercer ese derecho, así como para la adopción de decisiones sobre su propia vida.

Curiosamente el art. 33.1. c) dice exactamente lo mismo que el apartado 5 del art. 33:

5. Los servicios de salud mental que se presten a las mujeres víctimas de violencias sexuales deberán ser diseñados con perspectiva de género y derechos humanos y deberán garantizar el consentimiento libre e informado de la mujer para cualquier tratamiento médico. Para ello, se le deberán facilitar los apoyos que pueda necesitar para ejercer ese derecho, así como para la adopción de decisiones sobre su propia vida

De otra parte la citada Ley modifica, entre otras, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, para:

- Incluir un nuevo art. 19.bis:

«Artículo 19 bis. Derecho a la atención sanitaria.

1. El Sistema Público de Salud garantizará a las mujeres víctimas de violencia de género, así como a sus hijos e hijas, el derecho a la atención sanitaria, con especial atención psicológica y psiquiátrica, y al seguimiento de la evolución de su estado de salud hasta su total recuperación, en lo concerniente a la sintomatología o las secuelas psíquicas y físicas derivadas de la situación de violencia sufrida. Asimismo, los servicios sanitarios deberán contar con psicólogos infantiles para la atención de los hijos e hijas menores que sean víctimas de violencia vicaria.

2. Estos servicios se prestarán, garantizando la privacidad y la intimidad de las mujeres y el respeto, en todo caso, a las decisiones que ellas tomen en relación a su atención sanitaria.

3. Asimismo, se establecerán **medidas específicas** para la detección, intervención y asistencia en situaciones de violencia contra mujeres con discapacidad, mujeres con problemas de salud mental, adicciones u otras problemáticas u otros casos de adicciones derivadas o añadidas a la violencia.»

- Añadir un nuevo Capítulo V sobre el "Derecho a la reparación" dentro Título II sobre los "Derechos de las mujeres víctimas de violencia de género", compuesto por el artículo 28 bis y el artículo 28 ter

Artículo 28 bis. Alcance y garantía del derecho.

Las víctimas de violencia de género tienen derecho a la reparación, lo que comprende la compensación económica por los daños y perjuicios derivados de la violencia, las medidas necesarias para su completa recuperación física, psíquica y social, las acciones de reparación simbólica y las garantías de no repetición.

Artículo 28 ter. Medidas para garantizar el derecho a la reparación.

1. *Las víctimas de violencia de género tienen derecho a la reparación, lo que comprende la indemnización a la que se refiere el apartado siguiente, las medidas necesarias para su completa recuperación física, psíquica y social, las acciones de reparación simbólica y las garantías de no repetición.*

2. *Las administraciones públicas asegurarán que las víctimas tengan acceso efectivo a la indemnización que corresponda por los daños y perjuicios, que deberá garantizar la satisfacción económicamente evaluable de, al menos, los siguientes conceptos:*

- a) *El daño físico y psicológico, incluido el daño moral y el daño a la dignidad.*
- b) *La pérdida de oportunidades, incluidas las oportunidades de educación, empleo y prestaciones sociales.*
- c) *Los daños materiales y la pérdida de ingresos, incluido el lucro cesante.*
- d) *El daño social, entendido como el daño al proyecto de vida.*
- e) *El tratamiento terapéutico, social y de salud sexual y reproductiva.*

3. *La indemnización será satisfecha por la o las personas civil o penalmente responsables, de acuerdo con la normativa vigente.*

4. *Las administraciones públicas garantizarán la completa recuperación física, psíquica y social de las víctimas a través de la red de recursos de atención integral previstos en el Título II. Asimismo, con el objetivo de garantizar la recuperación simbólica, promoverán el restablecimiento de su dignidad y reputación, la superación de cualquier situación de estigmatización y el derecho de supresión aplicado a buscadores en Internet y medios de difusión públicos.*

Asimismo, las administraciones públicas podrán establecer ayudas complementarias destinadas a las víctimas que, por la especificidad o gravedad de las secuelas derivadas de la violencia, no encuentren una respuesta adecuada o suficiente en la red de recursos de atención y recuperación. En particular, dichas víctimas podrán recibir ayudas adicionales para financiar los tratamientos sanitarios adecuados, incluyendo los tratamientos de reconstrucción genital femenina, si fueran necesarios.

- LEY 17/2022, DE 5 DE SEPTIEMBRE, POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY 14/2011, DE 1 DE JUNIO, DE LA CIENCIA, LA TECNOLOGÍA Y LA INNOVACIÓN.

La Ley 17/2022, de 5 de septiembre, entre otras muchas modificaciones, se pronuncia sobre la relevancia en los procesos selectivos de personal estatutario, del nuevo “certificado R3”, al que se podrá optar a partir de la finalización del segundo año de contrato una vez superada la evaluación de la actividad investigadora desarrollada. A esta nueva acreditación podrán acogerse el personal investigador de los centros del Sistema Nacional de Salud, si bien en estos casos la evaluación podrá ser realizada por el Instituto de Salud Carlos III.

Dice a este respecto la Ley:

El certificado R3 como investigador/a establecido/a será reconocido en los procesos selectivos de personal de nuevo ingreso estable que sean convocados por las universidades, por los Organismos Públicos de Investigación y otros organismos de investigación de la Administración General del Estado, por los organismos de investigación de otras Administraciones Públicas, incluidos los centros del Sistema Nacional de Salud o vinculados o concertados con este y las fundaciones y consorcios de investigación biomédica, así como los consorcios públicos y fundaciones del sector público. Con independencia de la Administración pública que los convoque, el contrato de acceso de personal investigador doctor finalizará a partir del momento en que se haga efectivo el ingreso estable.

Las plazas de nuevo ingreso estable a cuyos procesos selectivos podrá acceder el personal investigador con certificado R3 serán:

- a) En el caso del personal contratado por los Organismos Públicos de Investigación de la Administración General del Estado, las de la escala de personal científico titular y las de personal laboral fijo;*
- b) En el caso del personal contratado por las universidades públicas, las de profesorado titular y profesorado contratado doctor;*
- c) En el caso del personal contratado por los organismos de investigación de otras Administraciones Públicas, las escalas de personal funcionario o estatutario equivalentes y las de personal laboral fijo.*

El certificado R3 se tendrá en cuenta a los efectos de su valoración como méritos investigadores en dichos procesos selectivos, y se proyectará sobre las pruebas o fases de valoración del currículo del personal investigador que forme parte de estos procesos, de forma que tendrá efectos de exención o compensación de parte de las pruebas o fases de evaluación curricular o equivalentes, para todas las Administraciones Públicas.

En el ámbito universitario, dicha compensación o exención de la evaluación de méritos investigadores para las personas que estén en posesión del certificado R3 se llevará a cabo en el proceso de acreditación a las figuras de profesorado contratado doctor o de profesorado titular de universidad.

2. *En la Oferta de Empleo Público, dentro del límite de la tasa de reposición correspondiente a las plazas para ingreso de las escalas de personal investigador de los Organismos Públicos de Investigación, se establecerá una reserva de un mínimo de un 25 % de plazas para la incorporación de personal investigador doctor que haya participado en programas o subprogramas de ayudas postdoctorales y que haya obtenido el certificado R3 de conformidad con el artículo 22.3 o haya superado una evaluación equivalente a la del Programa de Incentivación de la Incorporación e Intensificación de la Actividad Investigadora (I3).*

En el supuesto de que no se cubran todas las plazas previstas en las reservas del párrafo anterior, las plazas que queden desiertas se acumularán al resto de plazas ofertadas para la misma escala dentro de la tasa de reposición correspondiente a las plazas para ingreso de las escalas de personal investigador de los Organismos Públicos de Investigación.

3. *En la Oferta de Empleo Público, dentro del límite de la tasa de reposición correspondiente a los cuerpos docentes universitarios y a los contratados doctores o las figuras laborales equivalentes o las que las puedan sustituir, se establecerá una reserva de un mínimo de un 15 % de plazas para la incorporación de personal investigador doctor que haya obtenido el certificado R3 de conformidad con el artículo 22.3 o haya superado una evaluación equivalente a la del Programa de Incentivación de la Incorporación e Intensificación de la Actividad Investigadora (I3).*

En el supuesto de que no se cubran todas las plazas previstas en las reservas del párrafo anterior, las que queden desiertas se acumularán al resto de plazas ofertadas dentro de la tasa de reposición correspondiente a los cuerpos docentes universitarios y a los contratados doctores o las figuras laborales equivalentes.”

En este contexto, el art. 85 de la Ley de Investigación Biomédica ha sido modificado para incluir una mención al nuevo certificado R3, para que pueda ser tomado en consideración en los procesos selectivos para el acceso a las categorías estatutarias de personal investigador. Dichos procesos se realizarán preferentemente por el procedimiento de concurso descrito en el artículo 31.6 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Precisamente el apartado primero del art. 85 de la LIB en la redacción dada por la Ley 17/2022, de 5 de septiembre, establece que las *Administraciones Públicas, en el marco de la planificación de sus recursos humanos, incorporarán a los servicios de salud personal investigador en régimen estatutario a través de categorías profesionales específicas que permitan de forma estable y estructural la dedicación a funciones de investigación de entre el cincuenta y el cien por cien de la jornada laboral ordinaria. El personal sanitario que acceda a estas categorías profesionales específicas podrá dedicar el resto de la jornada a funciones en los ámbitos asistencial, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias según se determine en el ámbito competencial correspondiente.”*

3. SENTENCIA PARA DEBATE

- Facturación prestación de asistencia sanitaria a paciente mutualista COVID.

STSJ de Madrid 491/2022 de 6 May. 2022, Rec. 466/2021.

Paciente mutualista de MUFACE, con opción por sanidad privada, acudió al servicio de urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa "por infección coronavirus" (se entiende en el contexto, que por el coronavirus SARS-CoV-2), siendo ingresado en dicho centro hospitalario, en el segundo periodo facturado, por "sospecha neumonía COVID-19".

Por parte de la Administración sanitaria se procedió a la correspondiente liquidación de precios públicos por la prestación de servicios de naturaleza sanitaria al referido paciente.

El objeto del proceso lo constituye el recurso interpuesto por la aseguradora SANITAS contra la Resolución de fecha 15 de diciembre de 2020, de la Junta Superior de Hacienda, de la Comunidad de Madrid, desestimatoria de la reclamación económico-administrativa nº NUM002, interpuesta frente a la Resolución de 27 de julio de 2020, de la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Severo Ochoa, que desestimó, a su vez, el recurso de reposición formulado contra la liquidación de precios públicos por gastos de naturaleza sanitaria

La entidad recurrente considera improcedente la liquidación en cuestión tomando en consideración la distinción entre "prestaciones sanitarias por SARS-CoV-2 (COVID-19) como prestaciones de salud pública", que están excluidas de la cartera de servicios del mutualismo administrativo por la DA 4ª de la Ley 16/2003, y el resto de prestaciones sanitarias, por lo que *"Dado que el paciente, -beneficiario de MUFACE- padecía la enfermedad COVID-19 y por ello fue atendido en el Hospital Universitario Severo Ochoa, no existe título jurídico para exigir a la demandante el pago de los gastos por la atención sanitaria recibida por aquél ya que el Concierto que suscribió con MUFACE no incluye en su ámbito objetivo prestaciones derivadas de una situación de pandemia"*

Por el contrario la Sala manifiesta que del relato de los hechos, *ninguna actuación de vigilancia epidemiológica, excluida de la cartera de servicios de la entidad concertada, se llevó a cabo con el mismo sino propiamente la asistencia de urgencias y atención hospitalaria incluida dentro de la que la actora estaba obligada a prestarle en su condición de mutualista y dentro de la Cartera de Servicios concertada con MUFACE*, por lo que acuerda desestimar el recurso contencioso-administrativo interpuesto por ASISA.

Más información: poderjudicial.es

5.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.

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

I.- REINTEGROS SANITARIOS

- Paciente COVID ingresado en hospital privado.

STSJ de Madrid nº 462/2022, nº Recurso de Suplicación 260/2022, de 30 de junio.

Paciente mutualista de MUFACE, con opción por sanidad privada, acudió al servicio de urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa "por infección coronavirus" (se entiende en el contexto, que por el coronavirus SARS-CoV-2), siendo ingresado en dicho centro hospitalario, en el segundo periodo facturado, por "sospecha neumonía COVID-19".

Por parte de la Administración sanitaria se procedió a la correspondiente liquidación de precios públicos por la prestación de servicios de naturaleza sanitaria al referido paciente.

El objeto del proceso lo constituye el recurso interpuesto por la aseguradora SANITAS contra la Resolución de fecha 15 de diciembre de 2020, de la Junta Superior de Hacienda, de la Comunidad de Madrid, desestimatoria de la reclamación económico-administrativa nº NUM002, interpuesta frente a la Resolución de 27 de julio de 2020, de la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Severo Ochoa, que desestimó, a su vez, el recurso de reposición formulado contra la liquidación de precios públicos por gastos de naturaleza sanitaria

La entidad recurrente considera improcedente la liquidación en cuestión tomando en consideración la distinción entre "prestaciones sanitarias por SARS-CoV-2 (COVID-19) como prestaciones de salud pública", que están excluidas de la cartera de servicios del mutualismo administrativo por la DA 4ª de la Ley 16/2003, y el resto de prestaciones sanitarias, por lo que "Dado que el paciente, -beneficiario de MUFACE- padecía la enfermedad COVID-19 y por ello fue atendido en el Hospital Universitario Severo Ochoa, no existe título jurídico para exigir a la demandante el pago de los gastos por la atención sanitaria recibida por aquél ya que el Concierto que suscribió con MUFACE no incluye en su ámbito objetivo prestaciones derivadas de una situación de pandemia".

La citada disposición adicional establece:

"En materia de salud pública, se exceptúan de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de dichas Mutualidades las actuaciones de vigilancia epidemiológica, protección y promoción de la seguridad alimentaria, protección y promoción de la sanidad ambiental, vigilancia y control de los riesgos derivados de la importación y transito de bienes y viajeros, y las acciones generales de protección y promoción de la salud relacionadas con la prevención y abordaje de las epidemias y catástrofes."

Por el contrario la Sala manifiesta que del relato de los hechos, *ninguna actuación de vigilancia epidemiológica, excluida de la cartera de servicios de la entidad concertada, se llevó a cabo con el mismo sino propiamente la asistencia de urgencias y atención hospitalaria incluida dentro de la que la actora estaba obligada a prestarle en su condición de mutualista y dentro de la Cartera de Servicios concertada con MUFACE*, por lo que acuerda desestimar el recurso contencioso-administrativo interpuesto por ASISA.

Más información: poderjudicial.es

II.- RESPONSABILIDAD SANITARIA.

- **Inadmisión a trámite de la Administración:** el órgano judicial debe examinar la pretensión indemnizatoria.

STS 995/2021 de 8 de julio.

Se interpone recurso de casación por la Comunidad Autónoma de Canarias contra la sentencia dictada por el TSJ de Canarias en el marco del recurso de apelación interpuesto contra la sentencia del Juzgado de lo contencioso-administrativo núm.1 de Las Palmas de Gran Canaria relativo a un procedimiento de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada.

El debate que se suscita está motivado por la misma jurisprudencia de este Tribunal Supremo, en relación a aquellos supuestos en que, realizada una reclamación de responsabilidad patrimonial a una Administración pública, no se tramita el procedimiento administrativo --obviemos ahora las diferentes modalidades posibles-- y no existe pronunciamiento expreso en vía administrativa sobre la procedencia o no de dicha reclamación, omitiéndose en esa tramitación, el preceptivo informe del Consejo de Estado, o del órgano consultivo autonómico equivalente, siendo impugnada esa actuación administrativa en vía contencioso-administrativa con la súplica de un pronunciamiento sobre dicha responsabilidad, examinando el fondo de la reclamación.

El TS responde a la cuestión que se suscita de interés casacional para la formación de la jurisprudencia, que en aquellos supuestos en que, efectuada una petición en vía administrativa sobre reclamación de daños y perjuicios con fundamento en la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, si la Administración se limita, sin trámite alguno, a declarar la extemporaneidad de la reclamación; accionada la pretensión en vía contencioso-administrativa, mediante la impugnación de tal resolución que así decidiera, el Tribunal de lo contencioso está obligado al examen de la pretensión indemnizatoria que se suplique por el perjudicado en su demanda, sin que le sea dable ordenar la retroacción de actuaciones a la fase administrativa para que, entre otros trámites, se emita el informe preceptivo pero no vinculante del Consejo de Estado o del órgano equivalente autonómico.

Más información: poderjudicial.es

- Responsabilidad patrimonial y accesos indebidos a la historia clínica.

**STSJ de Castilla-La Mancha nº 10243/2022, de 11 de Julio
nº de rec. 146 de 2020.**

La resolución impugnada en apelación recoge que se produjeron accesos indebidos a la historia clínica de la recurrente, no autorizados por la misma ni relacionados con el proceso asistencial seguido por la misma durante dicho período, arrojando como resultado de la propia información reservada llevada a cabo por la Administración, la apertura de un expediente disciplinario a un profesional sanitario y la comunicación a Fiscalía, por lo que la inadmisión llevada a cabo por la Administración fue improcedente.

Fundamenta que dichos accesos indebidos determinan la responsabilidad de la Administración demandada al incumplir su deber de protección de los datos incluidos en la historia clínica, como datos especialmente protegidos, al no adoptar las medidas de seguridad adecuadas para evitar dichos accesos, que ocasionan un daño antijurídico al recurrente que no tiene el deber de soportar, ya que afecta a su derecho a la intimidad.

Fija una indemnización de 1.000 euros por daños morales al indicar que el único acceso no autorizado fue el llevado a cabo por el Sr. X, que ha llevado a la incoación de un expediente disciplinario y la incoación de Diligencias Previas, a las aplicaciones informáticas “Mambrino” y “Ykonos”

La Sala estima el recurso de apelación de la Administración:

“En el momento de formular la solicitud de responsabilidad patrimonial y al especificar los hechos no constaba que no existiera un motivo asistencial que justificase el ingreso, pues únicamente se manifiesta al respecto que la cifra de accesos resulta desorbitada y desproporcionada por el número de profesionales implicados en las bajas, y duración de las mismas en el tiempo (menos de cuatro meses).”

Por otro lado, ninguna indicación se realiza en cuanto a que los accesos al historial clínico informatizado no se hicieran con las garantías o en los términos exigidos por las normas de aplicación, sin que se hubiera evidenciado que las medidas de seguridad y protocolos de la Administración para garantizar la protección de datos no resultaran suficientes.

Por otra parte la Sala establece que en estos casos en los que concurre la exigencia posible responsabilidad penal, con la presentación de solicitud de responsabilidad patrimonial por los mismos hechos, no cabe invocar la prejudicialidad de la vía penal para acordar la inadmisión de la reclamación de responsabilidad patrimonial:

“...la causa penal no es relevante para determinar si concurre la existencia de responsabilidad patrimonial ni tampoco apreciamos que podamos encontrarnos ante el riesgo de sentencias contradictorias. La jurisdicción penal juzga conductas en las que debe concurrir alguna forma de culpabilidad, siendo distinto a los parámetros fijados para apreciar responsabilidad patrimonial.”

Más información: poderjudicial.es

III.- RECURSOS HUMANOS.

- Ineptitud de trabajadora y exclusión de bolsa de trabajo.

STSJ de Madrid nº 727/2022 de 20 julio.

La interesada, enfermera, había sido excluida de la bolsa debido a que la interesada no cumplió correctamente con su trabajo en dos contrataciones anteriores, circunstancia que aconsejó efectuar el nombramiento de otra enfermera en su lugar.

La cuestión nuclear objeto de debate es determinar si la Administración, ante los informes desfavorables existentes, tiene que incoar un expediente para excluir a la afectada de la bolsa de trabajo o suspenderla de funciones provisionalmente, tramitándolo en debida forma y con audiencia previa de la interesada.

Para la Sala no se ha respetado el procedimiento a seguir en estos casos, *“no se le dio traslado a la recurrente del informe desfavorable emitido por sus superiores y que daba lugar a la penalización, por lo que se le ha ocasionado indefensión al no haberse tramitado el procedimiento en la forma expuesta. En ningún caso, se puede entender suplido este defecto con el hecho de haberse efectuado una evaluación a la recurrente en sentido negativo”*.

El procedimiento previsto en bolsa exige cumplir los siguientes trámites:

Es causa de penalización ...ser objeto de informe desfavorable de actitud, conocimiento, aptitud o competencia por parte de la Dirección correspondiente, incluyendo propuesta de penalización por parte de la Gerencia del centro donde presta servicios el trabajador... En el caso de proceder a una penalización se deberá comunicar al interesado, dejando constancia de la misma”.

Más información: poderjudicial.es

- Período de prueba del personal estatutario e incapacidad temporal.

STSJ de Castilla-La Mancha nº 00219/2022. Período de prueba e IT.

El art. 33.3 del EM dispone:

El período de prueba no podrá superar los tres meses de trabajo efectivo en el caso del personal previsto en los artículos 6.2.a) y 7.2.a) de esta ley y los dos meses para el resto del personal.

Se discute si una trabajadora con nombramiento estatutario de sustitución en la categoría de Técnico Especialista de Tecnologías de la Información (17 de enero), que el 9 de marzo-29 de marzo pasa a IT, y que es cesada el 31 de marzo, ha superado o no el período de prueba de dos meses de duración.

La interesada considera que dentro de la expresión “trabajo efectivo” debe quedar comprendida la situación de IT, lo que no comparte el TSJ:

“...lo decisivo no es tanto si el periodo de baja laboral interrumpe o no el cómputo del plazo del periodo de prueba, como que el límite de dos meses de periodo de prueba (60 días) están directamente referidos a " trabajo efectivo", y ese trabajo no había sido desarrollado al momento de su cese”.

Más información: poderjudicial.es

- **Análisis del Real Decreto-ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.**

Breve comentario sobre la reciente modificación del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, operada por el Real Decreto-ley 12/2022, de 5 de julio, que ha dado cumplimiento a la previsión del Real Decreto-ley 14/2021, de 6 de julio, en lo que afecta a la temporalidad del empleo público en el marco del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud, simplificando la tipología del personal estatutario temporal.

Más información: diariolaley.laleynext.es

- **Bolsa de trabajo: Grado en logopedia y diplomatura en logopedia.**

STS de Andalucía, nº 3266/2021 de 27 septiembre.

Resolución de convocatoria acerca de los requisitos de titulación que han de reunir los aspirantes para ser admitidos, siendo, para la categoría profesional de Logopedia estar en posesión del título de Grado en Logopedia u otro equivalente en la fecha de finalización del plazo de presentación de instancias.

No obstante, resulta que las Bases incluyen otro requisito alternativo, cual es, el consistente en estar en posesión de otro título equivalente al de Grado, y para la Sala el de Diplomatura lo es, sin que la remisión a las normas que regulan el acceso a la Función Pública determine que los títulos del sistema anterior (arquitecto, ingeniero, licenciado, arquitecto técnico, ingeniero técnico, diplomado) " dejen de tener valor a los efectos de acceso a las Administraciones Públicas".

Más información: poderjudicial.es

- **Procesos selectivos y nota de corte.**

STS de 29 de octubre de 2021 nº 1282/2021.

La STS da respuesta:

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 respeto 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 en los siguientes términos a esta cuestión al estimar el recurso interpuesto por una opositor:

“La utilización de la nueva nota de corte (iii) produce efectos dispares para aspirantes del mismo proceso selectivo que se hallan en la misma situación: unos, los aprobados inicialmente, conservan su nombramiento, otros mantienen el que se les ha reconocido en ejecución de sentencia, otros aprueban ex novo en virtud de la revisión y los hay que hubieran logrado plaza solo unos días antes de resolver la Sala de Discordia, pero ahora no la obtienen.”

Más información: poderjudicial.es

- La solicitud de excedencia no genera derecho a no asistir al puesto de trabajo.

SJC-A nº 2 de Ciudad Real nº 00078/2021, de 26 de marzo.

La mera solicitud de excedencia o de cualquier otro tipo de licencia en la Administración, no autoriza ni genera en el solicitante el derecho a no asistir al puesto de trabajo, esto es, el derecho a hacer uso de esa petición desde el día de la solicitud; es obvio que deberá estar a la concesión de lo solicitado. Luego la petición de excedencia no facultaba al interesado a no acudir a su puesto de trabajo.

Dicha conducta (estuvo algo más de dos meses sin incorporarse) está tipificada en el artículo 72.2. e) de la ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, y definida como “La falta de asistencia durante más de cinco días continuados o la acumulación de siete faltas en dos meses sin autorización ni causa justificada”, a corregir con las sanciones enmarcadas en el artículo 73.1 c) de la Ley previamente citada, fijando una sanción de suspensión de funciones por un periodo de tres años.

Para el juzgador:

“Resulta acreditado que desde la toma de posesión el recurrente no acudió a trabajar en el Hospital ningún día. No es causa eximente ni que justifique esta ausencia la solicitud de una excedencia, la cual es evidente no comienza, hasta que no es autorizada por la correspondiente Resolución dictada por el órgano competente (art.76 el EM). Y tampoco puede considerarse justificada la ausencia por el hecho de que desde el centro de trabajo no se le indicase que acudiese a trabajar advirtiéndole expresamente de las consecuencias, la toma de posesión como funcionario conlleva la obligación de acudir al trabajo salvo causa justificada que en este caso no existía”.

IV.- DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL.

- La negativa del trabajador a someterse a una intervención quirúrgica no impide el reconocimiento del grado de gran invalidez.

STS 469/2022, de 24 de mayo, nº rec 2427/2019.

La sentencia recurrida del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco de 2 de abril de 2019 (RS 466/2019) estima el recurso frente a la sentencia de instancia y declara que el beneficiario debe mantener el grado de incapacidad permanente absoluta y no la gran invalidez. El beneficiario, con profesión habitual de jefe de almacén agrícola, presenta como limitaciones orgánicas y funcionales una patología de pérdida de agudeza visual, y se niega a someterse a un nuevo tratamiento médicamente indicado.

La sentencia recurrida manifiesta que si el trabajador quiere obtener el grado de gran invalidez, tendría que pasar por la cirugía recomendada. Es decir, formalmente no deriva la imposición de la intervención, pero su rechazo no solo condiciona sino que llega a enervar la declaración de gran invalidez que se postula.

Para el TS, no es posible imponer imponer la obligatoriedad del sometimiento a una intervención quirúrgica -el derecho a la integridad física y moral resultaría afectado por mor de la imposición de una asistencia médica en contra de su voluntad-, aunque fuere objeto de recomendación médica

A lo que añade, en relación con la calificación de la incapacidad que:

“la dicción del citado art. 193.1 TRLGSS -no obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta-, faculta una decisión contraria: la posibilidad de recuperación del afectado no se revela con certitud, máxime si se toman en consideración las diferentes intervenciones que ha sufrido con anterioridad, con el deficiente resultado ya detallado, y, en consecuencia, su decisión de no someterse a una nueva cirugía no puede obstaculizar la calificación de la situación de incapacidad permanente contributiva, en el grado de gran invalidez, pues el trabajador presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, determinadas objetivamente y de recuperación incierta, que anulan su capacidad laboral, y que provocan la necesidad de asistencia de otra persona.”

Más información: poderjudicial.es

- Retribuciones del personal MIR.

STSJ de País Vasco nº 1779/2022, nº de Recurso de suplicación 1512/2022.

En las pagas extraordinarias cobradas por el actor no se han incluido la totalidad de los conceptos estipulado por la normativa, tales como, como mínimo, la mensualidad de sueldo y el complemento de grado de formación; alega que:

- a) La interpretación literal de la norma no es obstáculo para integrar en las pagas extras otros conceptos que forman parte de la retribución habitual de este colectivo, tales como el *complemento de atención continuada* y el *complemento de residencia*, allí donde exista.
- b) Son conceptos que integran la retribución ordinaria de los facultativos sanitarios, por lo que excluirlos de las pagas extraordinarias no parece justificado
- c) Una interpretación sistemática del precepto, unida al principio pro operario, permite incluir estos conceptos en las pagas extraordinarias de 2018 y 2019.

La sentencia desestima el recurso al afirmar que la legislación presupuestaria no resulta de aplicación al personal médico residente. El propio RD 1146/2006, en su artículo 7.1, establece expresamente la remisión a la legislación presupuestaria a efectos retributivos. Por consiguiente, no es posible prescindir de lo establecido en la legislación presupuestaria, (RD Ley 2/2020), a la hora de fijar el importe de las pagas extraordinarias del actor.

Respecto a la inclusión del complemento de atención continuada y del complemento de residencia:

Por otro lado, pretende la parte recurrente incluir en el montante de sus pagas extraordinarias los conceptos de complemento de atención continuada y el complemento de residencia; empero tales conceptos no se encuentran incluidos en las pagas extraordinarias, a tenor de lo que contempla el propio artículo 7.2 del RD 1146/2006. La norma reglamentaria incluye en las pagas extras, como mínimo, una mensualidad del sueldo y el complemento de grado de formación. Estos son los conceptos que el actor ha percibido, como describe el hecho probado segundo de la sentencia, por lo que el organismo demandado ha retribuido al demandante con lo que la normativa establece, de manera que nada se le adeuda por estos conceptos. No existe ninguna obligación, ni legal, ni reglamentaria, ni convencional, de incluir en la retribución de las pagas extras del actor el complemento de atención continuada y el complemento de residencia.

Por último, en cuanto a la aplicación del principio in dubio pro operario:

Por último, recordemos que en la cuantía de las pagas extraordinarias se ha de estar a la *negociación colectiva*, y nada se invoca al respecto por la parte recurrente, que se limita a esgrimir erróneamente el “principio pro operario”, para conseguir un crédito salarial que en ningún caso confiere el reglamento que regula su relación laboral, ni su contrato de trabajo.

V.- PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

- Información sobre accesos indebidos a historia clínica.

STSJ Asturias 690/2022, 27 de Julio de 2022

El demandante, don Higinio, solicitó a la Administración sanitaria del SESPA los accesos efectuados en la historia clínica de su madre fallecida.

En respuesta a la solicitud presentada la Gerencia del Área Sanitaria VII remitió al interesado, con fecha 14 de diciembre de 2019, la identificación de los accesos efectuados limitándola a los dos últimos años anteriores a la solicitud.

El solicitante reiteró por correo electrónico su petición y alegó como justificación de la misma la existencia de un problema familiar y de herencia. Se le remitió el mismo informe de trazabilidad.

Así pues se trata de examinar si el derecho a conocer quién ha accedido a los datos sanitarios de una persona fallecida y el motivo del acceso (trazabilidad de los accesos) puede limitarse a un familiar (hijo de la paciente fallecida).

La Sala manifiesta que no puede pretender el demandante un derecho de alcance general, ilimitado en el tiempo e incondicionado a acceder a todos los datos de la historia clínica de su madre fallecida, incluida la trazabilidad de todos los accesos.

Sin embargo también reprocha la actuación de la Administración sanitaria por incumplir con su deber de conservación de la documentación sanitaria:

“Ahora bien, tampoco la Administración puede desestimar la solicitud presentada amparándose en que solo tiene obligación en facilitar los dos últimos años o en la existencia de problemas técnicos que, como demuestra la prueba practicada, no impiden en absoluto facilitar los datos solicitados. Como ya ha quedado señalado, la obligación de conservación de la historia clínica cubre, como mínimo, los cinco años posteriores al alta o fallecimiento del paciente. Por lo tanto y habiéndose producido la de D^a. Inmaculada el 29 de marzo de 2017, según consta en el certificado de fallecimiento aportado por el demandante, la trazabilidad que se solicitó por primera vez el 12 de noviembre de 2019 no podía ser denegada por razones temporales”.

Más información: poderjudicial.es

VI.- CONTRATACIÓN PÚBLICA.

- Suspensión parcial del servicio de cafetería y comedor de hospital por COVID.

STSJ de la Comunidad Valenciana, nº 593/2022 de 12 de julio de 2022, nº Rec. 200/2020.

Es objeto de controversia la suspensión del contrato de explotación del servicio de cafetería y comedor del Hospital de Lliria, en aplicación del art. 34.1 de la RD Ley. 8/2020, que reza del siguiente modo:

(...) Los contratos públicos de servicios y de suministros de prestación sucesiva, vigentes a la entrada en vigor de este real decreto-ley, celebrados por las entidades pertenecientes al Sector Público, en el sentido definido en el artículo 3 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 cuya ejecución devenga imposible como consecuencia del COVID-19 o las medidas adoptadas por el Estado, las comunidades autónomas o la Administración local para combatirlo, quedarán suspendidos total o parcialmente desde que se produjera la situación de hecho que impide su prestación y hasta que dicha prestación pueda reanudarse. A estos efectos, se entenderá que la prestación puede reanudarse cuando, habiendo cesado las circunstancias o medidas que la vinieran impidiendo, el órgano de contratación notificara al contratista el fin de la suspensión (...)

El demandante interpreta que debió declararse la suspensión parcial del contrato en atención a las medidas que acompañaron el estado de alarma, tanto por parte del Estado como la Comunidad Valenciana.

La Sala estima el recurso de la mercantil:

La propia instrucción de la Generalidad Valenciana avala la tesis de la necesidad de "suspensión parcial" del contrato. En efecto, el público en general tenía muy difícil acceder a un centro sanitario (obviamente salvo enfermedad) entre otras cosas porque al población estuvo confinada en su domicilio y sólo se podía servir a los acompañantes (indispensables) en la habitación del enfermo; asimismo, se podía servir al personal sanitario, por tanto, existió una situación excepcional que el Tribunal Constitucional asimiló al estado de excepción (SSTC 183/2021 y 185/2021) y limitó de forma muy notable la posibilidad de la empresa demandante de ejercer su actividad.

En este punto procede dar la razón a la empresa demandante y concluir que la administración debió declarar la "suspensión parcial del contrato desde el 16 de marzo a 13 de julio de 2020" porque el propio "estado de alarma" y la instrucción de la Consellería de Sanidad limitaron de forma notable la ejecución del éste.

Más información: poderjudicial.es

VII.- REINTEGRO DE GASTOS SANITARIOS.

- Compra de medicamento en farmacia suiza: inexistencia de urgencia vital.

STSJ de Galicia, nº 380/2022 de 27 enero.

D^a Salvadora fue diagnosticada en Suiza de arteritis de células gigantes, síndrome inflamatorio y osteoporosis. La sanidad suiza le prescribió un tratamiento llamado Tocilizumab.

D^a Salvadora trasladó su residencia a España y suscribió Convenio especial con la Seguridad Social que incluye la asistencia sanitaria.

La interesada recibe asistencia sanitaria regularmente desde el mes de julio de 2019 en su centro de salud. La asistencia incluye la administración de Tocilizumab, "según pauta del especialista de reumatología".

La interesada presentó petición de reintegro de gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos en la que solicita el importe de 8.964,30 francos suizos que se corresponden a 8.428,82 euros, por la compra de este medicamento en Suiza.

El SERGAS acuerda desestimar la solicitud de reintegro de gastos.

La Sala confirma la legalidad de la resolución administrativa por no apreciar la concurrencia de los requisitos de urgencia vital:

"...pues la actora sí estaba siendo atendida por la Sanidad española, sí se le estaba suministrando el fármaco que ella aportó (se recoge en su historial clínico que se le está administrando) y en cuanto el médico de cabecera solicita la atención especializada (23/10/19) se le cita por el especialista (06/11/19), sin que en ningún caso desde julio/2019 -que es cuando comienza la atención por parte del SERGAS- haya dejado de suministrársele el medicamento ni de atenderla, por lo que la decisión de seguir acudiendo a Suiza y a comprar por su cuenta el medicamento que tenía prescrito ya en España ha sido personal y voluntaria suya, que la ha alejado de la Sanidad Pública , por decisión propia, pero que no puede repercutirse en el sistema sanitario español. "

Más información: poderjudicial.es

VIII.- PRESTACIONES SANITARIAS.

- Inclusión en cartera de servicios de lentes de contacto para uso previo a la implantación quirúrgica de lente intraocular por afaquia.

STSJ de Extremadura de 10 de febrero de 2022.

La Resolución de 9 de enero de 2019 del Ministerio de Sanidad considera que las lentes intraoculares para la corrección de la afaquia forman parte del apartado 6 del anexo VI del Real Decreto 1030/2006, al afirmar que estas lentes de contacto forman parte del tratamiento previo a la implantación de la lente intraocular en casos de afaquia (cuando existe falta o defectos del cristalino).

La STSJ de Extremadura de 10 de febrero de 2022, anula la sentencia de instancia y da la razón a los padres del menor, invocando en este sentido la mencionada Resolución de enero de 2019 del Ministerio, y condena al Servicio Extremeño al reintegro de los gastos por la adquisición de lentes de contacto durante el período que medió desde la realización de la intervención quirúrgica del cristalino, hasta que se le implantó la lente intraocular.

Para la Sala:

“La resolución de 9 de enero de 2019, además, no crea una nueva prestación a sufragar conforme a la cartera de común de servicios (lo que sería relevante dadas las fechas de algunas de las facturas) sino que se limita a interpretar o aclarar el contenido 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...”

Más información: poderjudicial.es

5.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

- La objeción de conciencia farmacéutica.

Zaida Yago-Díez Rodera

Más información: eolasediciones.es

II.- Formación

CONTRATACIÓN PÚBLICA EN SALUD

- V Congreso de CPI en Salud.

19 y 20 de octubre 2022. Paraninfo de la Universidad de Zaragoza.

Más información: cpi.aragon.es

DERECHO SANITARIO

- II Jornadas Jurídicas por la Palabra 20 de octubre Universidad de Deusto.

Más información: icasv-bilbao.com

- Implicaciones legales en la gestión de enfermería. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.

Más información: codem.es

ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

- IX Congreso de Innovación Pública #Novagob2022.

La Fundación NovaGob ha presentado el programa de la IX edición del Congreso de Innovación Pública, que se celebrará en el Palacio de Congresos de Cádiz (España) los días 20 y 21 de octubre en formato presencial. En esta versión, que ha contado con la participación de toda la comunidad NovaGob y de las entidades que participan en el Congreso, ya se pueden consultar las sesiones, horarios y ponentes.

El IX Congreso de Innovación Pública está cada vez más cerca y ya se conoce el programa sobre el que se desarrollará esta edición (disponible en bit.ly/Novagob22prog). Este programa está inspirado en el documento ‘Misiones de la Administración Pública. Hacia una transformación radical con personas y valores’, elaborado colaborativamente por la comunidad NovaGob a principios de año. Además, también se ha contado con las aportaciones de las entidades co-organizadoras y colaboradoras, así como algunas de las peticiones de la propia Comunidad a través de debates abiertos en la Red Social de NovaGob.

Más información: congresonovagob.com

ENSAYOS CLÍNICOS

- I Jornada de estudios clínicos en Castilla-la Mancha del 18 de octubre de 2022.

Más información: sescam.jccm.es

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- “VIII Jornadas sobre Seguridad del Paciente” que tendrán lugar en Guadalajara durante los días 17 y 18 de noviembre de 2022.

Más información: sanidad.castillalamancha.es

-NOTICIAS-

- Los ginecólogos piden que el consentimiento sea verbal para cesáreas y fórceps en partos complicados.

Fuente: elperiodico.com

- Sanidad rechaza entregar al TSJIB los contratos de las vacunas COVID amparándose en su confidencialidad.

Fuente: europapress.es

- Elige bien quién te pone el bótox: "El boom de la medicina estética hace que la gente crea que pincharse no conlleva riesgos".

Fuente: elmundo.es

- El TSJCV condena al Consell por vulnerar el derecho a la vida de los médicos de la privada.

Fuente: alicanteplaza.es

- El mapa de la desigualdad sanitaria: la calidad de la asistencia que recibes depende de dónde vives.

Fuente: cadenaser.com

- La vacunación contra el virus del papiloma humano también en niños abre una brecha entre comunidades.

Fuente: elpais.com

- Médicos y farmacéuticos piden que la píldora anticonceptiva se dé sin receta.

Fuente: larazon.es

- Una paciente renal relata su calvario para llegar a la diálisis tres días a la semana.

Fuente: abc.es

- La lucha de los pacientes ostomizados: "No es digno entrar a un baño de rodillas".

Fuente: elpais.com

- Prisión para un ginecólogo por abusar de una paciente a la que aseguró que no sabía masturbarse correctamente.

Fuente: larazon.es

- Cifra oficial de eutanasias en el año de la ley: 180 en toda España.

Fuente: elmundo.es

-BIOETICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

- Eutanasia y suicidio asistido en personas con enfermedad mental. Lucía Gallego, Pablo Barreiro y Manuel De Santiago.

Hasta el año 2020 sólo Bélgica, Luxemburgo, Suiza y los Países Bajos admitían, bajo cobertura legal diferenciada, solicitudes de eutanasia y/o suicidio asistido en pacientes con enfermedades no terminales, y por motivos de sufrimiento intratable e insoportable. Desde marzo del 2021 esto también es posible en España. El objetivo de este trabajo es revisar los estudios existentes y características de la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido (ESA) en personas con trastorno mental (TM) y/o demencia (D), y ver si se han cumplido los requisitos legales indispensables en las solicitudes de ESA en estos pacientes. La hipótesis es que el cumplimiento de estos requisitos es especialmente difícil en pacientes con TM-D, bien por las propias características de la enfermedad, bien por los fallos de seguridad jurídica que se reconocen. Igualmente se pueden dar focos de fraude fácticamente no perseguidos por el Estado, bien por la transigencia de la sociedad y/o por la cooperación necesaria de la Medicina. A raíz de esta revisión elevamos a la reflexión de los lectores unas consideraciones ético-deontológicas, críticas, sobre la ESA, y sus errores y consecuencias. Proponemos como alternativa a la ESA la llamada “psiquiatría paliativa”, que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias al enfrentar los problemas asociados con la enfermedad mental persistente severa -potencialmente mortal- a través de la prevención y el alivio del sufrimiento.

Más información: aebioetica.org

- Consentimiento informado en procesos compartidos. Álvaro Sanz, Francisco Barón, María Luisa Del Valle.

La medicina actual tiende a la especialización. Pero también cada vez son más frecuentes los procesos compartidos o interdisciplinares en que un profesional solicita algún tipo de técnica o un procedimiento diagnóstico o terapéutico que debe realizar otro especialista. En un escenario así, que implica a profesionales diferentes, es razonable que surja cierto debate sobre a cuál de ellos le correspondería obtener el consentimiento informado por parte del paciente. El primer error sería plantear este proceso como un enfrentamiento entre profesionales que derivan o delegan en otro sus propias responsabilidades. Al contrario, es preciso entenderlo como de un trabajo en equipo y no como una mera delegación de compromisos. Por una parte, sigue siendo el médico que lleva a cabo la técnica y que, por tanto, mejor la conoce como procedimiento y que es experto en la detección precoz y en el manejo de los efectos secundarios, el que debería asumir el compromiso de informar sobre este procedimiento y sus perfiles específicos. Y, por ello, es a él a quien le corresponde obtener el oportuno consentimiento informado. Por otra, al entenderlo como un proceso compartido, lo adecuado sería que el médico responsable del seguimiento del paciente y que es quien ha tomado la iniciativa de solicitar esta técnica hubiese aportado una información elemental, más centrada en el motivo de la indicación,

y que con ello se hubiese obtenido un consentimiento, es decir una aceptación básica o, al menos, un no-rechazo previo a la técnica. Y sería conveniente dejar registro de esta información en la historia clínica.

Más información: aebioetica.org

- **Recomendaciones para el acompañamiento de las personas menores en el proceso de búsqueda de su identidad de género. Comité de Bioética de Cataluña, Julio de 2022.**

Recomendaciones

1. Se debe considerar a la persona menor en la búsqueda de su identidad de género como titular de derechos (en concreto, a su identidad y libre desarrollo de la personalidad) desde la perspectiva de su competencia progresiva y desde su interés superior, haciéndola protagonista de su proceso de búsqueda.
2. Hay que ofrecer a las personas menores en busca de su identidad de género un trato digno y respetuoso y tratamientos integrales e integrados por profesionales expertos.
3. Es necesario el acompañamiento de los padres, madres y tutores legales para que sepan acompañar a sus hijos en el proceso de tránsito. En el caso extremo de que ninguno de los representantes legales quiera acompañarles en su tránsito, es recomendable poner a disposición de la persona menor figuras sociosanitarias para que pueda realizar el proceso de búsqueda de identidad en un entorno de estabilidad y vínculos saludables.
4. Las personas menores trans deben tener una buena acogida por parte del personal asistencial que los trate y la administración sanitaria debe garantizarla.
5. Cualquier intervención profesional es pedagógica y debe orientarse a generar estabilidad emocional, escolarización acogedora y vínculos que empoderen en el proceso de desarrollo de la autonomía de la persona menor.
6. El acompañamiento a la persona menor trans debe asumir que las identidades de género pueden ser tanto binarias como no binarias.
7. Hay que formar a todos los profesionales involucrados en una visión crítica de los ejes sexo/género hegemónicos para mejorar la atención en los casos de tratamientos de personas trans. Igualmente, habría que formarlos para que puedan detectar situaciones en las que pueda existir esta incongruencia y así poder derivar a los menores (y familia) hacia equipos multidisciplinares que puedan ofrecer una atención integral y que puedan excluir otros trastornos (mentales o no) asociados.

8. Es necesaria experiencia, mucha prudencia y cautela en la prescripción de tratamientos hormonales, dada la limitada evidencia que existe tanto sobre la eficacia como sobre los posibles efectos adversos a largo plazo. Tal y como indican las guías y protocolos clínicos, no debe iniciarse tratamiento hormonal antes del inicio de la pubertad mientras no se disponga de un conocimiento científico más completo. Dada la irreversibilidad de la decisión, no es recomendable realizar tratamientos quirúrgicos por debajo de los 16 años, mayoría de edad sanitaria.

9. Es necesario generar evidencia científica sobre la salud de las personas trans en su proceso de transición física, psicológica y social.

10. Para mejorar la calidad de la atención, la transparencia y la seguridad de las personas atendidas, y evitar la arbitrariedad o el desperdicio de conocimiento, es necesario protocolizar y consensuar las pautas de atención y evaluación, así como mejorar la coordinación entre las diferentes unidades, profesionales y servicios implicados.

11. Es recomendable disponer de registros de datos e información sobre el acompañamiento de las personas menores trans para generar conocimiento y poder evaluar la calidad de la prestación.

12. Para mejorar el conocimiento sobre la calidad del acompañamiento de las personas menores trans, es necesario potenciar las investigaciones dentro de las diferentes administraciones públicas y, en especial, en el ámbito de la salud y la educación.

13. Dado que la terminología en relación con las identidades de géneros y sexualidades está en continua evolución, se aconseja a los profesionales de la salud que se actualicen y se comprometan con los cambios que se van consensuando.

Más información: canalsalut.gencat.cat

- **Curso de verano UCV - Bioética y autonomía: Debate en torno a su concepción y sus límites.**

Más información: [youtube.com](https://www.youtube.com)

- **Decálogo para la protección de los derechos humanos en pandemias. Fundación Abogacía Española.**

El capítulo 3 está dedicado al acceso a medicamentos y vacunas las características del modelo sanitario.

El capítulo 5 está dedicado al acceso a medicamentos y vacunas.

Más información: abogacia.es

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

I.- Bibliografía

- Cuestiones éticas de la inteligencia artificial y repercusiones jurídicas de lo dispositivo a lo imperativo.

José Manuel Muñoz Vela.

Más información: casadellibro.com

II.- Formación

- Introducción a la Bioética II Edición. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Más información: semg.es

- Curso "*Ética y bioética en Trabajo Social y Trabajo Social Sanitario*"

Más información: cgtrabajosocial.es