



SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 205 OCTUBRE 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: 3

II.-LEGISLACIÓN AUTONÓMICA: 4

2.- TRIBUNA:

- EL COMITÉ DE BIOÉTICA DE CASTILLA-LA MANCHA.

Autor: Javier Sánchez-Caro.
Presidente del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha. 7

- GEOMETRIA DE LA BIOETICA CONSULTIVA, INSTITUCIONAL Y ASISTENCIAL.

Autor: Juan Ríos Laorden.
Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Albacete. SESCAM. 11

- ¿POR QUÉ LOS COMITÉS DE BIOÉTICA ESTÁN LLAMADOS A OCUPAR UN PAPEL CADA VEZ MÁS RELEVANTE EN LA RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS DERIVADOS DEL AVANCE DE LA BIOMEDICINA?: SOBRE LA INCERTIDUMBRE Y LOS PRINCIPIOS.

Autor: Federico de Montalvo Jääskeläinen.
Profesor propio agregado de Derecho Constitucional, ICADE, Comillas.
Ex Presidente del Comité de Bioética de España (2018-2022). 21

- COMBATIR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS DESDE EL ÁMBITO SANITARIO.

Autor: Jorge Alberto Lojero Espinosa.
Asistencia Técnica de la Unidad de Igualdad de Género del SESCAM. 32

3.- SENTENCIA PARA DEBATE :

- TEDH: PRIMERA SENTENCIA SOBRE LA CONFORMIDAD CON EL CEDH DE LA EUTANASIA PRACTICADA A UNA PACIENTE ENFERMA MENTAL.

Vicente Lomas Hernández
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica. 39

4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.

44

5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.

60

-NOTICIAS-

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

62

-BIOÉTICA y SANIDAD-

1.- CUESTIONES DE INTERÉS.

64

2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.

66

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I. LEGISLACIÓN ESTATAL.

- Ley 21/2022, de 19 de octubre, de creación de un fondo de compensación para las víctimas del amianto.

boe.es

- Real Decreto 889/2022, de 18 de octubre, por el que se establecen las condiciones y los procedimientos de homologación, de declaración de equivalencia y de convalidación de enseñanzas universitarias de sistemas educativos extranjeros y por el que se regula el procedimiento para establecer la correspondencia al nivel del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior de los títulos universitarios oficiales pertenecientes a ordenaciones académicas anteriores.

boe.es

- Orden SND/939/2022, de 29 de septiembre, por la que se aprueban las normas de correcta preparación extemporánea de radiofármacos.

boe.es

- Orden PCM/997/2022, de 18 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Legal y Forense, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las unidades docentes.

boe.es

III. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.

CASTILLA-LA MANCHA.

- Resolución de 30/09/2022, de la Secretaría General, que modifica la Resolución de 15/11/2017 de la Dirección-Gerencia, sobre las condiciones económicas aplicables a la prestación de determinados servicios de asistencia sanitaria a través de medios ajenos, en el ámbito de gestión del Sescam.

docm.es

- Resolución de 19/10/2022, de la Dirección-Gerencia, por la que se crea la Red de Expertos y Profesionales de Radiofísica y Protección Radiológica.

docm.es

ARAGÓN.

- ORDEN SAN/1113/2022, de 8 de julio, por la que se actualiza el anexo IV de la Orden SAN/1262/2020, de 25 de noviembre, por la que se regula el contenido, el acceso, el procedimiento de obtención y los requisitos generales de la prestación ortoprotésica.

boa.es

- RESOLUCIÓN de 20 de octubre de 2022, del Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud, por la que se dictan instrucciones para la concesión de permisos por cuidado de menores con cáncer o enfermedad grave.

boa.es

- RESOLUCIÓN de 20 de octubre de 2022, del Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud, por la que se establece el permiso por nacimiento, adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento, tanto temporal como permanente y lactancia para el personal estatutario y funcionario que presta servicios en el Servicio Aragonés de Salud y forme parte de una unidad familiar monoparental y se dictan instrucciones para su concesión.

boa.es

GALICIA.

- LEY 2/2022, de 6 de octubre, de medidas extraordinarias dirigidas a impulsar la provisión de puestos de difícil cobertura de determinado personal estatutario con título de especialista en ciencias de la salud del Servicio Gallego de Salud.

dog.es

- RESOLUCIÓN de 29 de septiembre de 2022, de la Dirección General de Recursos Humanos, por la que se publica el acuerdo de la mesa sectorial sobre los criterios de incorporación y cese aplicables en los procesos selectivos y de provisión del personal estatutario del Sistema público de salud de Galicia.

dog.es

CANTABRIA.

- Decreto 93/2022, de 29 de septiembre, por el que se modifica la Estructura Básica del Servicio Cántabro de Salud.

boc.es

ANDALUCÍA.

- Resolución de 28 de septiembre de 2022, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, por la se modifican los modelos de convenios para la adscripción de los servicios de farmacia y vinculación de depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios residenciales a los servicios de farmacia de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, publicados en el Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía.

boja.es

COMUNIDAD VALENCIANA.

- Decreto 126/2022, de 30 de septiembre, del Consell, por el que se crean y regulan los comités de ética del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.

dogv.es

- Resolución de 11 octubre 2022. Comunidad Valenciana. Consejería Sanidad Universal y Salud Pública. Crea y regula, como grupos de trabajo, la Comisión Supradepartamental y los comités departamentales para la adaptación, implantación, seguimiento y evaluación del Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental del Sistema Nacional de Salud en la Comunitat Valenciana.

dogv.es

BALEARES.

- Resolución de la consejera de Salud y Consumo de 30 de setiembre de 2022 por la que se actualiza el catálogo de material ortoprotésico externo regulado en el Decreto 41/2009, de 26 de junio.

boib.es

MURCIA.

- Resolución de 30 de septiembre de 2022 de la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano por la que se dictan instrucciones para la aplicación y ejecución del Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el cual se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

borm.es

LA RIOJA.

- Decreto núm. 55/2022, de 19 octubre Crea las categorías estatutarias de Titulado/a Superior en Ciencia y Tecnología de los Alimentos; Técnico/a Auxiliar de Farmacia; Técnico/a Superior de Sistemas y Tecnologías de la Información; Técnico/a de Gestión de Sistemas y Tecnologías de la Información; y Técnico/a Especialista de Sistemas y Tecnologías de la Información en el ámbito del Servicio Riojano de Salud.

bor.es

- Resolución de 6 de julio de 2022, de la Dirección de Recursos Humanos de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud, por la que se convoca el procedimiento de acreditación de tutores de formación sanitaria especializada establecido en la Orden 2/2014, de 7 de febrero.

bor.es

COMUNIDAD DE MADRID.

- Orden 1564/2022, de 19 de octubre, del Consejero de Sanidad, por la que se modifica el Catálogo de Material Ortoprotésico del Decreto 84/2021, de 30 de junio, por el que se establece el Catálogo de Material Ortoprotésico de la Comunidad de Madrid, se regula el procedimiento de obtención de la prestación ortoprotésica y las ayudas por gastos de desplazamiento fuera de la Comunidad de Madrid, con fines asistenciales.

bocm.es

2.- TRIBUNA.

- EL COMITÉ DE BIOÉTICA DE CASTILLA-LA MANCHA.

Javier Sánchez Caro.
Presidente del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha.

1.- Introducción.

Constituye un hito importante en la historia legislativa sanitaria de Castilla-La Mancha la publicación del Decreto 14/2022 por el que se crean y regulan las funciones, composición y funcionamiento de dicho Comité.

Como expresa su Exposición de Motivos:

La bioética tiene como finalidad aportar conocimientos especializados y multidisciplinares en cuestiones éticas que plantean las ciencias biomédicas y sociales, mejorar la calidad asistencial, facilitar la adquisición y aplicación de nuevos conocimientos encaminados a mejorar la salud y los servicios sanitarios, así como el fortalecimiento ético de la sociedad civil y las buenas actitudes en la atención a las personas usuarias. Los profesionales y entidades que gestionan los servicios sanitarios deben orientar su actividad de manera que se garantice especialmente la dignidad de las personas, su bienestar y el respeto a su autonomía e identidad.

La constitución de Comité se enmarca en la ley sobre derechos y deberes en materia de salud (ley 5/2010), que preveía dicho órgano colegiado como órgano de asesoramiento para la toma de decisiones en su campo propio, de manera que la Comunidad Autónoma dispusiera de un órgano, con composición multidisciplinar, para emitir informes, recomendaciones, y realizar estudios sobre las cuestiones de carácter ético con especial repercusión o trascendencia en el ámbito sanitario regional.

Por supuesto, el Comité ejerce sus funciones asesoras con plena autonomía y sin dependencia funcional de ningún órgano, de manera que sus miembros no pueden recibir órdenes o indicaciones de ninguna autoridad en el ámbito material de sus competencias.

2.- Funciones y composición.

De acuerdo con lo expuesto, emite informes, propuestas y recomendaciones para las autoridades sanitarias o en relación con la acreditación de los comités de ética asistencial, tanto públicos como privados, impulsando el desarrollo de la bioética; colabora en la formación; promueve la creación de comités de ética; asesora en los aspectos relativos a los nuevos avances en investigación biomédica; lleva a cabo labores de coordinación y asesoramiento e informa los proyectos y disposiciones de carácter general con incidencia en el campo de la bioética.

Su actividad puede llevarse a cabo de oficio o a solicitud de varias autoridades u organismos.

El Comité se compone de dieciocho personas, que ostentaran las vocalías, y entre las que se designará por elección la presidencia y la vicepresidencia, describiendo la norma los requisitos y condiciones que se han de tener, los criterios de paridad de género y la acreditación de la formación y experiencia en ética o en bioética.

Para llevar a cabo sus trabajos la norma ha previsto que la persona titular de la presidencia apruebe la constitución de comisiones técnicas.

3.- Los trabajos de la Comisión en el momento actual.

A pesar de su reciente constitución (la resolución por la que se designan a las personas integrantes del Comité aparece en el Diario Oficial el 9 de junio de 2022 y la elección de presidente y vicepresidente el 30 de junio) ha puesto ya en funcionamiento dos comisiones técnicas para llevar a cabo los correspondientes trabajos.

La primera de ellas es la Comisión Técnica de la información clínica, cuyo objetivo es, en relación sobre esa materia, elaborar un informe y las recomendaciones correspondientes que resulten del mismo para elevarlas a las autoridades sanitarias, una vez que se aprueben por el pleno de la Comisión.

Como es conocido, la información clínica es un elemento transversal que, como tal, está presente de manera continua en la actividad sanitaria y tiene rasgos diferentes de la actividad no clínica (la información para la educación sanitaria, la información epidemiológica o la información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, fundamentalmente). En la propia constitución de la Comisión Técnica, se desarrolla minuciosamente el objetivo que se debe alcanzar.

La segunda Comisión Técnica creada es la Comisión de Docencia. En este caso se trata de establecer un plan (2022-2023) que sirva para abordar aquellas cuestiones de actualidad con incidencia en el ámbito bioético, de manera que permitan una formación continuada y adaptada al mundo actual.

4.- La introducción de la bioética es un signo de calidad.

Está demostrado que una gran parte de las decisiones que toman los profesionales sanitarios están determinadas por juicios de valor no técnicos: ¿hasta cuando hay que perseverar en el esfuerzo diagnóstico o de tratamiento?; ¿Cuándo y cómo decir la verdad al paciente?; ¿Cómo llevar a su convencimiento que hay actividades de la vida diaria que no debe realizar por ser peligrosas (por ejemplo, conducir, etc.)?

Para todas las cuestiones en las que se planteen conflictos de valores entre los profesionales sanitarios y los pacientes, es recomendable y conveniente el funcionamiento de un comité de ética asistencial, en el que haya una representación de la sociedad para que sus dictámenes tengan el respaldo del entorno social en el que lleven a cabo su actuación.

La ética se plantea normalmente cuando surge la pregunta *¿qué debemos hacer?* Y su resolución tiene que venir configurada por un procedimiento, pues al no existir en ocasiones verdades a priori en este campo, el aspecto procedimental y deliberativo cobra una especial trascendencia, siempre en defensa de los derechos e intereses de los pacientes.

Los comités de ética asistencial tienen un origen histórico conocido en el que destacan cuatro hitos fundamentales.

En primer lugar, la puesta en funcionamiento de la hemodiálisis en pacientes con serios problemas renales (Scribner puso en marcha el primer centro de diálisis en Seattle, 1960), lo que obligó a hacer una selección de los mismos, estableciéndose para llevar a cabo dicho proceso un comité interdisciplinario en el que participaban, junto a los médicos, representantes de la sociedad.

A continuación, hay que mencionar la constitución de un comité de expertos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard para revisar el criterio médico sobre la muerte, impulsado por el progreso de los trasplantes que documentó por primera vez lo que hoy conocemos como muerte cerebral.

En esta breve historia que se relata, el siguiente paso es el famoso caso de *Karen Ann Quinlan*. Karen era una mujer que estaba en estado vegetativo permanente y sus padres deseaban desconectarla de la ventilación artificial. Sin embargo, los médicos se negaron al entender que se trataba de un homicidio. El Tribunal Supremo de Nueva Jersey reconoció que los derechos de Karen estaban por encima del interés del Estado en la preservación de la vida. De la resolución judicial interesa destacar un voto particular en el que se recomendaba que los problemas éticos deberían resolverse a través de un comité de ética en el ámbito clínico, sin necesidad de recurrir a los tribunales de justicia.

Por último, debe significarse el manual de acreditación de hospitales de la Joint Commission for de Accreditation of Health Services (Agencia americana de acreditación, que es una organización americana independiente y no gubernamental), que exigió en 1992 que las instituciones que prestaran servicios de salud dispusieran de un instrumento para hacer frente a situaciones conflictivas desde el punto de vista moral.

El funcionamiento de los comités es interdisciplinar, su método deliberativo y sus recomendaciones no tienen carácter vinculante. Deben estar dotadas de *auctoritas* pero no de *potestas*. Protegen los derechos de los pacientes, facilitan el proceso de decisión clínica, colaboran en la formación de bioética y proponen protocolos de actuación.

5.-De cara al futuro.

Para hacer frente a los problemas bioéticos, para afirmar la calidad de los servicios sanitarios, para humanizar, en suma, las instituciones dedicadas a la salud, el Gobierno de Castilla-La Mancha, a instancias de la Consejería de Sanidad, ha puesto en marcha el Comité y designado a las personas integrantes del mismo, disponiendo, además, la creación de una Web en la que se integraran los documentos y noticias más importantes para el correcto desarrollo de sus funciones.

Lo que pueda llegar a ser este órgano colegiado tan importante es algo que depende de todos nosotros: miembros del Comité, Consejerías de la Junta, órganos del SESCAM, comités de ética asistencial de los centros, comités de investigación, colegios profesionales, sociedades científicas, cualquier entidad de carácter territorial o institucional y, sobre todo, los ciudadanos a cuyo bienestar dirige su función, contando, por supuesto, con las asociaciones de pacientes.

La Comisión, pues, en el marco de sus competencias, está abierta para recibir todas las propuestas que sean de utilidad para mejorar el funcionamiento de los servicios sanitarios y su objetivo no puede ser otro que colocarse en la vanguardia del Sistema Nacional de Salud, esto es, en un referente del mismo en su campo específico.

- GEOMETRIA DE LA BIOETICA CONSULTIVA, INSTITUCIONAL Y ASISTENCIAL.

Juan Ríos Laorden.
Presidente del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Albacete.
SESCAM.

Una “relación” es una correspondencia o conexión entre algo o alguien con otra cosa u otra persona, una vinculación entre varios basada en emociones, sentimientos, intereses, actividades sociales o en general, oportunidades.

La “colaboración” pretende ser un concepto distinto, es el trabajo en conjunto con otra u otras personas ([instituciones]) para realizar una obra, para completar un proyecto o tarea o para desarrollar ideas o proyectos a ser posible de modo eficiente, eficaz y agradable.

En esta base de relaciones / colaboraciones cabe mencionar que el discurso bioético se articula en la contemporaneidad como una constante interpelación al diálogo¹, buscando más la cultura del debate moral de las disciplinas que afectan a la salud y al bienestar humanos, que la mera indagación de un corpus bioético²; nadie puede aspirar a tener la verdad absoluta ni una perspectiva que anule todas las demás, siendo el debate bioético plural, abierto a la consideración y deliberación crítica de intervenciones posicionadas distintas y encontradas.

La ética indaga en proporcionar una base y justificar decisiones y acciones morales³; el tipo de ética que sustenta la ética aplicada en general, y la bioética en particular, es la ética cívica, una reflexión filosófica sobre los criterios que posibilitan la convivencia pacífica de ciudadanos con morales diferentes, ya que para progresar necesitamos tanto emancipación como aumento de la autonomía, es por esto que los peligros de la captura corporativa de la colaboración / cooperación jerárquica en la ética participativa entre ideas complementarias puede arruinar el interés general cuando las decisiones responden a un interés particular pro institucional, pro cátedra, pro corporativo, proyectando una deliberación injusta, cuando realmente la asistencia es necesaria para la protección del bien común.

Si la esencia de lo que se debate, siempre centrado en sus aspectos bioéticos, se fundamenta en la pluralidad, en la multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, ¿cómo deberían confluir los diferentes vértices desde donde se discute el asunto?

Comencemos por la “Génesis”.

¹ Lolas F. Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1998.

² Lolas F. El desafío bioético de la equidad: su relevancia en salud pública. Rev Esp Salud Pública 2001; 75: 187-192.

³ Royo-Bordonada MA, Román-Maestre B. Towards public health ethics. Public Health Reviews 2015; 36:3. DOI 10.1186/s40985-015-0005-0.

Los *Comités de Ética Asistencial* (CEA), en nuestro entorno, surgieron impulsados por los profesionales asistenciales como herramienta de apoyo para la toma de decisiones complejas, y encontraron el respaldo adecuado en las autoridades sanitarias, responsables de su regulación y acreditación; los pioneros surgieron en la década de los ochenta, aunque su mayor auge y desarrollo en España se produjo en los años noventa y hasta la fecha, en que su implantación es bastante generalizada, no solo a nivel hospitalario sino también en el contexto de atención primaria y sociosanitaria⁴.

CEA en Castilla-La Mancha.

En la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se constituyen los CEA en 2006 (Decreto 95/2006, de 17 de julio de 2006, de los *Comités de Ética Asistencial* en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha)⁵, tomando como marcos normativos autonómico, nacionales e internacionales, la Declaración de 1994 de la Organización Mundial de la Salud, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, el Convenio de Oviedo de 1997 (vigente en España desde el año 2000), la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, la Ley 41/2002 (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), la Ley 16/2003 (de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud), la Ley 44/2003 (de ordenación de las profesiones sanitarias, en su aspecto de asegurar la ética asistencial), la Ley 8/2000 (de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, donde prevé la norma reglamentaria de constitución de los CEA).

Se definen estos CEA como órganos consultivos e interdisciplinares constituidos para el análisis y asesoramiento en los conflictos éticos que se susciten en la práctica clínica con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en los centros dependientes del SESCAM, quedando vinculados a la Dirección Gerencia del SESCAM, gozando de plena autonomía y sin dependencia funcional de ningún órgano, siendo su ámbito de actuación el Área de Salud sanitaria.

El CEA del Área de Salud de Albacete solicitó formalmente el día 25 de septiembre de 2008 la acreditación como CEA y quedó constituido el 29 de octubre del mismo año⁶.

Comité de Bioética de España (CBE).

En el año 2007 se promulga en España la Ley 14/2007 (última modificación de 6 de septiembre de 2022), de Investigación Biomédica⁷, dando creación desde el punto de vista organizativo a diversos órganos colegiados en los que reconoce una función especialmente cualificada y exigiendo a sus miembros imparcialidad, independencia, capacidad técnica y competencia profesional. Y es esta norma la que da funciones diferenciadas a los “*Comités de Ética de la Investigación*” (CEIM: garantes de que en

⁴ Terribas N. Presentación. Comités de Ética y Consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial? En Cuaderno nº 46 de la Fundació Victòria Grifols i Lucas. 2017. 49: 7-8.

⁵ Decreto de la Consejería de Sanidad 95/2006, D.O.C.M número 149 de 21 de julio de 2006, pag 15.981-15.983.

⁶ Resolución de 29 de octubre de 2008 del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), de la Dirección Gerencia, por la que se acuerda la constitución del CEA del Área de Salud de Albacete, D.O.C.M número 237 de 18 de noviembre de 2008, pag 36774.

⁷ Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, BOE número 159 de 4 de julio de 2007, pag 37-39.

cada centro se investigue con la adecuación de los aspectos metodológicos, éticos y jurídicos de las investigaciones que impliquen intervenciones en seres humanos o la utilización de muestras biológicas de origen humano), la “Comisión de Garantías para la Donación y Utilización de Células y Tejidos Humanos” (evaluadora e informadora preceptivamente y con carácter favorable de los proyectos de investigación que requieran la obtención y utilización de tejidos, células troncales embrionarias u otras semejantes de origen humano obtenidas por diversas técnicas actuales o futuribles, así como desarrollar otras funciones sobre aspectos científicos, éticos y jurídicos), y el “Comité de Bioética de España” (CBE: órgano competente para la consulta de todos aquellos aspectos con implicaciones éticas y sociales del ámbito de la Medicina y la Biología, fijando las directrices y principios generales para la elaboración de códigos de buenas prácticas de investigación científica que desarrollen los CEIM).

El CBE se crea en la Ley 14/2007 y se articula dentro de su Título VII, pretendiendo dar respuesta a la necesidad de contar con un órgano estatal de carácter fundamentalmente consultivo sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas, jurídicas y sociales de la Medicina y la Biología, que además represente a España en los foros y organismos supranacionales e internacionales implicados en la Bioética y colabore con otros comités estatales y autonómicos con funciones asesoras sobre dichas materias.

El CBE es un órgano colegiado e independiente, consultivo y adscrito al Ministerio de Sanidad, que desarrollará sus funciones, con plena transparencia, sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud con pleno sometimiento a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico, en su actuación, el CBE podrá también tomar en consideración otras normas y documentos de referencia internacional sobre la materia.

Comité de Bioética de Castilla-La Mancha (CB CLM).

Es en 2022, en plena crisis sanitaria derivada de la Pandemia por COVID-19, cuando se crea el Comité de Bioética de Castilla-La Mancha (CB CLM)⁸, tras arduos años de sequía regulatoria de la Bioética institucional autonómica, salvando los aspectos que no llegó a ofrecer un inconcluso Comité de Ética de Salud y Bienestar Social de CLM creado en 2010⁹ y derogado *non natus* en 2019 por un Comité de Ética de los Servicios Sociales y de Atención a la Dependencia de Castilla-La Mancha¹⁰ (ambos dependientes de la Consejería que gestiona materia de Bienestar Social en el momento de su legislación, Salud y Bienestar Social en 2010 y Bienestar Social en 2019, respectivamente).

⁸ Decreto 14/2022, de 1 de marzo, por el que se crea y regulan las funciones, composición y funcionamiento del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha, D.O.C.M número 49 de 11 de marzo de 2022, pag 8306-8311.

⁹ Orden de 22 de diciembre de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se crea el Comité de Ética de la Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha, D.O.C.M número 2 de 4 de enero de 2011, pag 273-276.

¹⁰ Decreto 48/2019, de 21 de mayo, del Comité de Ética de los Servicios Sociales y de Atención a la Dependencia de Castilla-La Mancha, D.O.C.M número 100 de 24 de mayo de 2019, pag 17797-17803.

La constitución del CB CLM se enmarca en los postulados de la Ley 5/2010¹¹ (sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha), que establece promover la constitución y el funcionamiento de Comités de Ética Asistencial, como órganos de asesoramiento para la toma de decisiones que planteen problemas éticos y de fomento del respeto de los derechos de las personas que intervienen en la relación asistencial. Su creación viene justificada por una razón de interés general, que es la de dar respuesta a cuestiones de carácter ético que tienen una especial repercusión o trascendencia en el ámbito sanitario regional.

El CB CLM, se configura como un órgano colegiado, sin personalidad jurídica propia, independiente y de carácter consultivo en materia de ética asistencial y de la investigación biomédica y está adscrito a la Consejería de Sanidad con sede en sus servicios centrales.

Encontramos desde la “génesis” de los tres Comités (nacional, autonómico y de área sanitaria, respectivamente) tres diferencias que al margen de la independencia otorgada en su creación, les ceden obligadamente posicionamientos específicos en su materia de debate, ya que el CBE adscrito al Ministerio de Sanidad del Reino de España se implicará en materias éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud, no disponiendo de la natural proximidad a la demanda de los conflictos inmediatos asistenciales. El CB CLM adscrito a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se implicará en materias de ética asistencial y de la investigación biomédica (esta última no contempladas ni para el CBE, ni para los CEA), pero tampoco disponiendo de capacidad deliberativa en aspectos personalistas e inmediatos de los conflictos surgidos entre actores sanitarios y pacientes en la práctica diaria de la asistencia sanitaria, ni en conflictos éticos sociosanitarios. Y el CEA adscrito al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (en este caso con el análisis del Área Asistencial de Albacete), sin capacidad sobre aspectos de orden sociosanitario, ni de la investigación biomédica, pero con una calada misión en la deliberación de los conflictos más cercanos de todos los actores que confluyen en la práctica sanitaria *a pie de obra* y de los conflictos éticos que de ella se generan en su área de influencia.

Las funciones, convergencias y divergencias.

Intentaré diseccionar las funciones de tres conjuntos con fines similares, que de forma no vinculante incidirán sobre aspectos bioéticos, no necesariamente observados desde el mismo vértice. Tres conjuntos que sumarán 45 bioeticistas, más o menos experimentados, con mayor o menor prestigio, todos ellos con acceso voluntario, independiente y altruista; un grupo que en principio basa sus postulados y posicionamientos de forma democrática y deliberativa, aunque su organización es meramente jerárquica: cuarenta y cinco bioeticistas que albergan tres presidentes, dos vicepresidentes, tres secretarías y treinta y siete vocales; en principio mucha masa competencial con diferentes lapsos de reacción a los alcances que se les formulan, para dos de ellos enfocados a las autoridades o instituciones que les colegian y para otro no solo de instituciones sino más bien de profesionales y población que interrelaciona con su servicio de salud.

¹¹ Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, BOE número 248 de 13 de octubre de 2010, pag 1562-1589.

Sin abandonar una disposición jerárquica de ámbito y en dirección institucional - asistencial, comienzo por las funciones del CBE. Son funciones del CBE:

- Emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico en asuntos con implicaciones bioéticas relevantes.
- Emitir informes, propuestas y recomendaciones sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud que el CBE considere relevantes.
- Representar a España en los foros y organismos supranacionales e internacionales implicados en la Bioética y elaborar una memoria anual de actividades.
- Colaborar con otros comités estatales y autonómicos que tengan funciones asesoras sobre las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud y fomentar la comunicación entre ellos.
- Informes y declaraciones realizados por el CBE desde 2011:
 - SOCIOSANITARIO, DISCAPACIDAD y relacionados: “Cuidado de las personas mayores en el marco del sistema sociosanitario”. “Adhesión a la petición de una evaluación independiente e integral de los sistemas de atención social y sanitaria”. “Necesidad de adaptar la legislación española a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad”. “Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario”.
 - EUTANASIA, MEDICINA PALIATIVA y relacionados: “Objeción de conciencia en relación con la prestación de ayuda para morir de la LORE”. “El final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia”. “Declaración sobre la tramitación parlamentaria de la reforma legal de la eutanasia y el suicidio asistido”. “Atención al final de la vida”.
 - PANDEMIA COVID-19 y relacionados: “Aspectos bioéticos de la Telemedicina en el contexto de la relación clínica. Fundamentos ético-legales sobre vacunas COVID-19 en mayores de sesenta años”. “Requisitos ético-legales en la investigación con datos de salud y muestras biológicas en el marco de la pandemia COVID-19”. “Derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad”. “Aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de crisis del coronavirus”.
 - Aspectos éticos de la seguridad del paciente, y específicamente, de la implantación de un sistema efectivo de notificación de incidentes de seguridad y eventos adversos.
 - Opinión sobre el borrador de la Carta de Derechos Digitales.
 - BIOMEDICINA y relacionados: “Derecho de los hijos nacidos de las técnicas de reproducción humana asistida a conocer sus orígenes biológicos”. “Valoración del Borrador de Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a ingresos y tratamientos involuntarios”. “Edición genómica en España”. “Consejo genético prenatal”. “Informe sobre el Proyecto de Decreto para la regulación de la Autorización, Organización y Registro de Biobancos en la Región de Murcia”. “Informe sobre el proyecto del Real

Decreto de Ensayos Clínicos”. “Bancos de sangre y Tejido del Cordón Umbilical y Placenta”. “Recomendaciones con relación al impulso e implantación de Buenas Prácticas Científicas en España”.

- Aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada.
- Financiación pública sobre medicamentos para la profilaxis preexposición del VIH.
- Ética y responsabilidad de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.
- Cuestiones éticas y legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario.
- Informe sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer embarazada.
- Opinión sobre la objeción de conciencia en sanidad.
- Opinión a propósito de la interrupción voluntaria del embarazo en el Proyecto de Ley Orgánica.

Son funciones del CB CLM, recientemente constituido en la trascendencia del ámbito sanitario regional:

- Emitir informes, propuestas y recomendaciones para las autoridades sanitarias en aquellas materias con las implicaciones éticas de asistencia y la investigación.
- Emitir informes en relación con la acreditación de los Comités de Ética Asistencial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y del ámbito de la sanidad privada y promover la creación de CEA tanto en el ámbito de la sanidad pública como privada.
- Impulsar el desarrollo de la Bioética en la región ([Castilla-La Mancha]) y colaborar en la formación en materia bioética de los profesionales del ámbito sanitario y sociosanitario.
- Asesorar en los aspectos relativos a los nuevos avances de la investigación biomédica.
- Coordinar a los CEA del SESCAM y asesorar a los CEA a los CEA del SESCAM a los Comités de Ética de la Investigación (CEIS) y a los Comités de Ética de la Investigación en Medicamentos (CEIMS).
- Informar de los proyectos y disposiciones de carácter general que pueden tener incidencia en el campo de la Bioética.
- Elaborar una memoria anual.
- Mantener relaciones de colaboración con otros órganos consultivos de otras administraciones con funciones análogas.

Son funciones del CEA y en concreto el de un CEA de Área de Salud¹²:

- Asesoramiento y ayuda en la toma de decisiones en aquellas situaciones en que se planteen conflictos éticos, contribuyendo a la tutela de los derechos de los implicados en la relación asistencial, a la mejora de la calidad, y a la actualización de conocimientos del personal sanitario en materia de bioética.
- Analizar y emitir informes que faciliten el proceso de tomas de decisiones en aquellas situaciones en que se planteen dilemas éticos, pudiendo proponer, en su caso, posibles alternativas o soluciones éticas a los conflictos asistenciales que puedan surgir en la práctica clínica entre profesionales, usuarios e instituciones.

¹² Reglamento Interno del CEA del Área de Salud de Albacete, revisión de octubre de 2008. 2008: pag 6-7. [Htts://www.chospab.es/comite_etica/funciones.htm](https://www.chospab.es/comite_etica/funciones.htm) Acceso: 7 de noviembre de 2022.

- Proponer a los correspondientes centros, servicios o establecimientos del Área de Salud, protocolos de actuación en los que se establezcan criterios para afrontar aquellas situaciones en las que habitualmente se susciten dilemas éticos.
- Colaborar en la mejora de la calidad de la información y documentación clínica.
- Velar por el respeto de la dignidad de las personas que intervienen en la relación asistencial.
- Promover actividades formativas en Bioética y, en su caso, organizar cursos dirigidos a los profesionales de Atención Primaria, Especializada, Oficinas Provinciales de Prestaciones y, muy particularmente, a los miembros del Comité.
- Proponer nuevos modos de actuación para prácticas que, aun no generando conflictos, pudieran verse mejoradas por medio de una mayor incidencia en la participación del paciente en la toma de decisiones que le conciernen; una mayor comunicación de intereses y preocupaciones de los pacientes, etc. Promover todas aquellas acciones que mejoren la calidad de la asistencia, más allá de la mera resolución de conflictos.
- Promover las prácticas más adecuadas para mejorar la calidad asistencial.
- Informes y declaraciones realizados por el CEA del Área de Salud de Albacete desde 2008:
 - Recomendaciones ante el rechazo al tratamiento con sangre o hemoderivados.
 - Aportación del contenido Bioético en el Programa de Transplante Renal de donante vivo.
 - Recomendación de acceso indebido a datos de pacientes.
 - Recomendación de uso de la información personal sanitaria en Redes Sociales.
 - Informes de Deliberación de los casos recibidos.

Algunas preguntas que surgen desde las funciones:

- ¿Qué significa una “implicación relevante” en Bioética?: ¿asuntos que afectan a los derechos de las personas?; ¿lo que afecta al desequilibrio distributivo de los recursos sanitarios?; ¿asuntos que afectan a los procedimientos empleados?; ¿o lo que afecta a la Salud Pública o al medio ambiente?; ...
- ¿Es natural una diferencia en el enfoque bioético de los trasuntos a nivel local, regional, nacional o de comunidad de naciones?
- ¿Cómo debe abordarse un proceso administrativo de acreditación bioética en ámbitos de la gestión sanitaria “no pública”?
- ¿Cómo puede afectar a los CEA en sus funciones asesoras con plena autonomía y sin dependencia funcional de ningún órgano las funciones de coordinación y asesoría aportadas en línea jerárquica por el CE de ámbito regional? ¿Qué diferencia alberga la coordinación y asesoramiento con la colaboración?
- ¿Desprenden nuevas dudas las funciones de los distintos Comités en sus marcadas coincidencias troncales de formación, asesoramiento y disciplina Bioética?
- ¿Alberga duda su labor diferencial de conceptualización bioética del CBE, de rango utilitarista del CB CLM, o de resolución práctica y experimentada de los conflictos de los CEA?
- ¿Cabe un marco de mutua relación?

Redarquía y Consultoría en ética Clínica.

REDARQUÍA: Posiblemente sea la primera o una de las primeras veces que se hable de “Redarquía” en un entorno de Bioética, término empleado con mayor soltura en el ámbito de las redes sociales¹³. La Redarquía es un término de nuevo cuño empleado en el mundo de las organizaciones, pero suscita matices que podrían emplearse en los aspectos más prácticos de la Bioética y fundamentalmente en las interacciones cuando se comparte talento y conocimiento de forma abierta y transparente, en relaciones de igual a igual.

Con un apoyo versionado de Redarquía, se exploran características que definirán las organizaciones del futuro y la necesidad de estas de conectar con la inteligencia colectiva, así como cambios en organizaciones para evitar el riesgo de desaparecer o de convertirse en irrelevantes. Se establecen relaciones de participación descentralizadas, basadas en la confianza, el valor añadido y la autenticidad de cada uno de los integrantes, y añadido yo, así como los valores éticos necesarios para su diligencia en la resolución de conflictos. En esencia y en una propuesta de relación entre modelos jerárquicos como los de los diversos Comités de Ética, se pretendería dar respuesta a los problemas que surgen del modelo de la última centuria con nuevos desafíos: dar autonomía a la hora de toma de decisiones; generar efectividad a través de la colaboración y la comunicación interna; preponderar la experiencia a la planificación; potenciar la confianza, la creatividad y la innovación de los integrantes; cultivar la inteligencia para crear valor; evitar quedar atrapados en nuestras experiencias del pasado con agilidad y flexibilidad.

CONSULTORIA EN ETICA CLINICA: Cada día es más patente que, aunque las funciones de los CEA no se circunscriben a la “resolución de casos”, cada vez escasea más los números de consultas que reciben los CEA en España, viéndose en muchas ocasiones los profesionales que podrían demandar ayuda al CEA, la resolución por su cuenta del conflicto ético¹⁴; el problema, a mi modo de ver, sería escalar este problema a la relación entre los distintos Comités de Ética interaccionantes y explicar un posible enfriamiento de esta garantía de apoyo.

Para el profesor Fins Intentar mantener la estructura actual de resolución de conflictos éticos únicamente mediante consultas a los CEA es vano, actualmente surgen oportunidades de abogar por la creación de la figura del consultor de ética como un delegado operativo de los CEA ya que cuando ambos trabajan juntos se producen sinergias valiosas. El profesor Diego Gracia va en la misma línea en su publicación ¿La hora de los consultores?¹⁵.

¹³ Cubeiro JC. Redarquía: Más allá de la jerarquía. Ed Independently published. 2017

¹⁴ Fins J; Real de Asua D. La convivencia entre comités y consultores de ética clínica: un ejemplo de modelo asistencial. 28-36.

¹⁵ Gracia D. ¿La hora de los consultores? Eidon [Internet]. 2014; 42. Disponible en: <http://www.revistaeidon.es/index.php/main/edicion/6>

Esta figura ágil de consultoría puede proponerse, no ya como conflicto versus resolución, sino para la relación directa de consultas y colaboraciones entre Comités, donde podremos encontrar frescura, accesibilidad de forma natural y una mayor aceptación por todas las partes implicadas en las dudas como en la profundización de la Bioética.

El marco de relación Inter comités.

Podríamos definir un marco de relación complementaria entre los Comités de Ética “institucionales” y “asistenciales” con una serie de características necesarias (Figura 1): Adaptabilidad, Autonomía, Coherencia, Competencia, Facilitación, Flexibilidad, Interdependencia y Libertad.

Adaptabilidad, con capacidad de respuesta bidireccional y con elasticidad adaptativa a los cambios que ocurran en el entorno de la Bioética.

Autonomía, evitando presiones externas o internas.

Coherencia y unidad de sentido evitando distorsiones con la realidad.

Competencia, con buen desempeño en contextos bioéticos complejos, integración real con activación de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores.

Facilitación, a través de consecución de resultados mediante la participación de todos con una cooperación posible, conveniente y deseable.

Flexibilidad, con capacidad

de perfeccionamiento con el entrenamiento, con capacidad de elongación conceptual ante impulsos antagónicos de ideas.

Interdependencia, como una dependencia mutua y equitativa, conllevando responsabilidad y compartir determinadas normas y razonamientos comunes con otros.

Libertad, es el mayor de los logros, permite tener capacidad de obrar algo, cualquier cosa, con nuestra propia voluntad, es el culmen de la razón y el triunfo sobre la esclavitud moral.

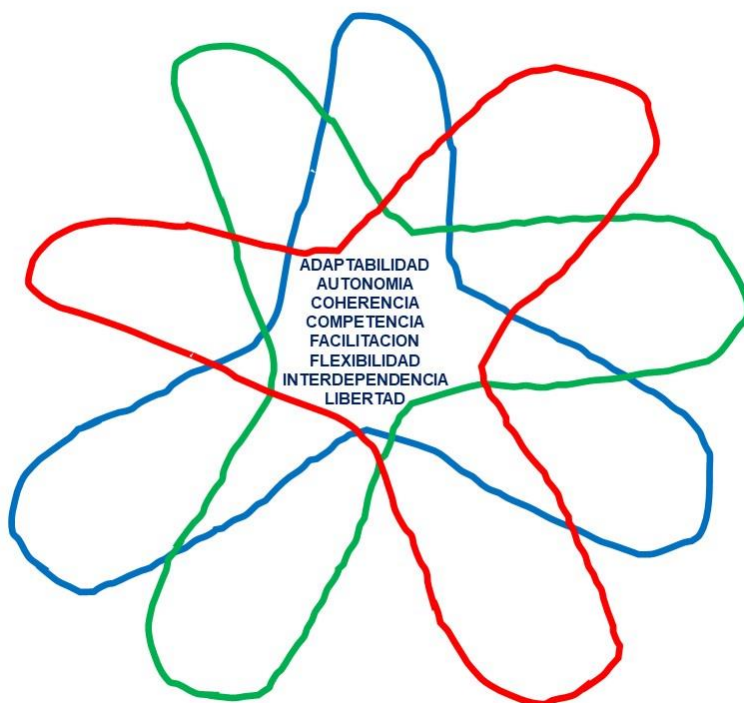


Figura 1: Geometría de la Bioética consultiva, institucional y asistencial (CBE*, CB CLM**, CEA***)

* Comité de Bioética de España

** Comité de Bioética de Castilla-La Mancha

*** Comité de Ética Asistencial de Área de Salud

La “geometría”¹⁶ no ha sido más que una excusa para dar definición a nuestras posibles y necesarias relaciones abordando el *dilema bioético*, sin olvidar que con el paso del tiempo la humanidad comprendió que incluso las abstracciones y representaciones más complejas pueden ser expresadas en términos geométricos.

*Y luego, cuando ante ti se abran muchos caminos y no sepas cuál recorrer, no te metas en uno cualquiera al azar: siéntate y aguarda. Respira con la confiada profundidad con que respiraste el día en que viniste al mundo, sin permitir que nada te distraiga: aguarda y aguarda más aún. Quédate quieta, en silencio, y escucha a tu corazón. Y cuando te hable, levántate y ve donde él te lleve*¹⁷. [Dónde el corazón te lleve. Susanna Tamaro].

¹⁶ "Geometría". Autor: Equipo editorial, Editorial Etecé. Para: Concepto.de. Disponible en: <https://concepto.de/geometria/>. Última edición: 5 de agosto de 2021. Acceso: 7 de noviembre de 2022.

¹⁷ Tamaro S. Donde el corazón te lleve. Editorial Seix Barral. 1994.

- ¿POR QUÉ LOS COMITÉS DE BIOÉTICA ESTÁN LLAMADO A OCUPAR UN PAPEL CADA VEZ MÁS RELEVANTE EN LA RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS DERIVADOS DEL AVANCE DE LA BIOMEDICINA?: SOBRE LA INCERTIDUMBRE Y LOS PRINCIPIOS.

Federico de Montalvo Jääskeläinen
Profesor propio agregado de Derecho Constitucional, ICADE, Comillas
Fue Presidente del Comité de Bioética de España (2018-2022)

1. Viejos y nuevos tiempos de incertidumbre.

La incertidumbre que preside los tiempos que vivimos y en diferentes esferas, económicas, políticas y sociales, no se inauguró con la pandemia de la Covid-19. La incertidumbre y la consiguiente *sociedad del riesgo* en la que aquella se enmarca ya nos venían acompañando desde hace décadas. El término *sociedad del riesgo* fue acuñado por Ulrich Beck hace unas décadas, coincidiendo temporalmente con el grave incidente ocurrido en la central nuclear de Chernobyl¹⁸.

La falta de certidumbre tampoco es una característica típica de la modernidad, ya que define la propia existencia del ser humano y el riesgo le es consustancial a su quehacer diario desde sus orígenes. Y así, pueda que sea cierto que la incertidumbre no sea más que el término posmoderno que identifica o resume ahora la innata vulnerabilidad del ser humano. Su vulnerabilidad esencial o antropológica. La muerte, la enfermedad y el sufrimiento son las manifestaciones de nuestra radical finitud, de nuestro escaso poder, del valor de ese breve suspiro que es la vida. La muerte propia y la ajena nos hacen conscientes de la pérdida, de la amenaza constante. Y la muerte, el final, el dolor y la pérdida de posibilidades están ínsitas en el ser humano como radical y constitutivo elemento de su vida, pues están siempre presentes. Puede, pues, que los tiempos que vivimos no sean realmente más inciertos que los ya pasados ni que el progreso conlleve la aparición de nuevos y complejos riesgos, sino que, pese a dicho progreso, seguimos siendo vulnerables. La paradoja no estaría el desarrollo simultáneo del progreso y sus riesgos, sino en que, pese al progreso, nuestra vulnerabilidad sigue ahí. Porque como dijera Albert Camus en *La peste*, nuestra alegría siempre está amenazada, ya que nunca habrá una victoria sobre la contingencia, la enfermedad y la muerte, porque el bacilo de la peste no desaparece jamás¹⁹.

Sin embargo, en las últimas décadas, sí que la incertidumbre y el riesgo están más presentes en nuestras vidas como la otra cara de la moneda del confort que deriva del progreso. A los grandes beneficios para la humanidad que nos trae dicho avance se suman nuevos riesgos, hasta ahora, desconocidos y, sobre todo, nuevos dilemas e incógnitas que afectan sustancialmente a la toma de decisiones éticas y jurídicas sobre su autorización y tolerancia. Uno de los rasgos más significativos del pensamiento jurídico del siglo XX es una aguda *conciencia de la incertidumbre* en el propio Estado de Derecho²⁰. Se trata, por tanto, de un contexto de importantes oportunidades para el

¹⁸ BECK, U., *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*, Paidós, Barcelona, 1998.

¹⁹ CAMUS, A., *La peste*, Alianza, Madrid, 1996, p. 578.

²⁰ MARTÍNEZ GARCÍA, J.I., “Derecho e incertidumbres”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, año 2012, p. 105.

progreso de la humanidad y de gran incertidumbre, y ello, cobra especial relevancia en el ámbito de la salud y, más concretamente, de la biomedicina.

Cierto es, también, que la pandemia, bajo la que aún vivimos, ha venido a alterar de manera extremadamente disruptiva nuestra realidad y no solo en el ámbito de la salud, sino en muchos otros ámbitos, como el familiar, social, económico, profesional, cultural e, incluso, político. Como señalara al inicio de la pandemia la Pontificia Academia para la Vida, “Toda la humanidad está siendo puesta a prueba. La pandemia de Covid-19 nos pone en una situación de dificultad sin precedentes, dramática y de alcance mundial”²¹. Y añade la misma Academia que “En medio de nuestra euforia tecnológica y gerencial, nos encontramos social y técnicamente impreparados ante la propagación del contagio: hemos tenido dificultades en reconocer y admitir su impacto. E incluso ahora, estamos luchando fatigosamente para detener su propagación. Pero también observamos una falta de preparación -por no decir resistencia- en el reconocimiento de nuestra vulnerabilidad física, cultural y política ante el fenómeno, si consideramos la desestabilización existencial que está causando. Esta desestabilización está fuera del alcance de la ciencia y de la técnica del sistema terapéutico”²².

La pandemia ha puesto de relieve con una dureza inesperada la precariedad que marca radicalmente nuestra condición humana, incluso, en aquellos lugares del mundo en los que los avances de la ciencia y la tecnología nos habían creado la ilusión, ya fulminantemente desvanecida, de que éramos invulnerables y que podíamos encontrar una solución técnica para todo. La pandemia no ha podido ser controlada ni siquiera en las sociedades más desarrolladas económica y tecnológicamente, donde ha superado la capacidad de los laboratorios y estructuras sanitarias. Nuestras optimistas proyecciones del poder científico y tecnológico a nuestra disposición nos permitieron quizás imaginar que seríamos capaces de prevenir la propagación de una epidemia mundial de esta magnitud, convirtiéndola en una posibilidad cada vez más remota. Sin embargo, la actualidad parece que nos muestra sin ambages que, junto con los extraordinarios recursos de protección y cuidado que nuestro progreso acumula, también hay efectos secundarios de la fragilidad del sistema que no hemos vigilado lo suficiente²³.

Como señala Daniel Innerarity en su *pandemocracia*, una gran crisis biológica en la era de la inteligencia artificial y en medio de los debates sobre el transhumanismo nos pone cuerpo a tierra. Esta crisis subraya todavía más los límites de nuestra autosuficiencia y la común fragilidad, revelando nuestra dependencia tanto de otros seres humanos como respecto del mundo no humano. Y el problema, añade Innerarity, es que nos hemos hecho más vulnerables a los riesgos globales sin haber desarrollado suficientemente los correspondientes procedimientos de protección²⁴.

²¹ Pontificia Academia para la Vida, *Pandemia y Fraternidad Universal*, (Ciudad del Vaticano, 2020) 1. Puede accederse a dicha Nota a través de la web de la Pontificia Academia, en www.academyforlife.va.

²² Pontificia Academia para la Vida, *op. cit.*, 1.

²³ *Ibidem*, 2.

²⁴ Innerarity, D., *Pandemocracia*, Galaxia Gutemberg, Barcelona, 2020, p. 115.

Esta crisis no es el fin del mundo, sino el fin de un mundo y lo que se acaba (o se acabó hace tiempo y terminamos de aceptar su fallecimiento) es el mundo de las certezas, el de los seres invulnerables y el de la autosuficiencia. Entramos en un espacio desconocido, común y frágil, es decir, un mundo que tiene que ser pensado sistemáticamente y con una mayor aceptación de nuestra ignorancia irreductible. En un espacio en el que el humanismo se nos ofrece como el camino seguro que nos permite asumir nuestra fragilidad, es decir, nuestra autenticidad con ánimos de fortaleza para afrontar el futuro²⁵.

2. ¿Cabe afrontar la incertidumbre con reglas?

Si la incertidumbre es la característica principal del tiempo que nos toca vivir, cabe preguntarse si el Derecho está suficientemente preparado para afrontar los retos que este contexto conlleva.

Como explica Rafael Junquera Estéfani, para algunos actores del actual cambio provocado el avance de la ciencia, el Derecho podría no mostrarse ya como el instrumento adecuado para orientar y limitar las actuaciones y manipulaciones genéticas, y ello, se sostendría sobre la base de los siguientes argumentos: a) la rapidez de cambio de la tecnología convierte en obsoletas las leyes nada más promulgarse, lo que obliga a una constante revisión y modificación de las mismas; b) las actuaciones científicas no conocen fronteras, mientras que las leyes sí, lo que produce corrientes migratorias buscando eludir el control normativo (el conocido en el lenguaje jurídico anglosajón como *forum shopping*); c) la legislación debe ser altamente técnica y provisional; d) y la mayor parte de los peligros que se describen carecen de realismo²⁶.

Sin embargo, el mismo autor afirma, a continuación, que tal pretensión no tiene verdadero fundamento, y ello, aunque el reto pueda resultar muy difícil. Si el Derecho tiene como misión regular las acciones que inciden en la vida social, también deberá cumplir dicha función en el ámbito científico²⁷, más aún cuando estamos hablando de valores y derechos como la dignidad humana, la vida e integridad, entre otros.

El reto, en todo caso, es complejo, no solo por la necesidad de adaptación constante a una realidad cambiante y por la dificultad de anticipar soluciones jurídicas para supuestos de hecho que siempre superan lo escrito en la norma, sino, sobre todo, porque los nuevos conflictos que surgen al amparo del avance de la biomedicina son lo que el jurista Ronald Dworkin denominó casos difíciles, *hard cases*, o casos críticos en palabras empleados por algunos autores, como Gustavo Zagrebelski, en la medida que dichos casos no permiten habitualmente una solución ponderada del conflicto, debiendo necesariamente sacrificarse a tal fin uno de los derechos o valores enfrentados o en pugna. Se trataría de dilemas constitucionales en los que ha de elegirse entre dos bienes distintos protegidos por derechos fundamentales. La elección

²⁵ Innerarity, D., *op. cit.*, 42.

²⁶ JUNQUERA DE ESTÉFANI, R., “Interrogantes planteados por la manipulación genética y el proyecto genoma humano a la filosofía jurídica”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, año 2003, p. 180.

²⁷ *Ibidem*.

supone, en dichos casos, necesariamente un mal, el del bien que hay que sacrificar para salvaguardar uno de los dos en conflicto.

Para Ronald Dworkin un caso difícil era aquel en el que la solución no se encuentra en el propio sistema normativo, entendido éste como un sistema integrado por reglas, y que, por ubicarse fuera de la zona de certidumbre, no son solucionables desde el propio sistema normativo, por lo que el Juez debe acudir a la argumentación, tomando como base para ello los principios. Se trataría, utilizando palabras de Alejandro Nieto, de abandonar la ley para centrarse en la bandera del Derecho²⁸, y ello, porque en la vida real, los problemas no se presentan como casos paradigmáticos, fácilmente subsumibles, sino que aparecen como problemas complejos y la única solución consiste en afrontarlos individualmente.

El sistema jurídico de la modernidad se edificó sobre seguridades, sobre certezas, sobre normas escritas y oficialmente publicadas a las que atenerse, sobre contratos inamovibles, sobre documentos y registros públicos, sobre declaraciones precisas de las Administraciones y los Tribunales. La propia certeza que generaban las ciencias empíricas se transmitía de algún modo a un orden jurídico que se miraba en ese espejo y que, a su vez, ofrecía certezas bajo la forma de seguridad jurídica para generar seguridades y confianzas en el tráfico económico y comercial²⁹. La Ley jurídica, como hacían las leyes científicas, era concebida como un proyecto de racionalización del orden político y social, pretendiendo diseñar una suerte de cartografía práctica capaz de garantizar la seguridad de las relaciones jurídicas y la igualdad formal de sus participantes³⁰. Por ello, cuando la ciencia y sus leyes entran en la era de la incertidumbre, la Ley jurídica no puede ser ajena a esa nueva realidad y pierde su ideal racional en favor de los principios.

El Derecho ya no puede encontrar en la ciencia la certeza a la que aspira aquél para regular con seguridad jurídica, ni la ciencia encuentra tampoco certidumbre en la regulación. La paradoja se expresa a través del temor a que, en un contexto grandes incertidumbres, la respuesta del Derecho sea sustancialmente negativa a todo progreso biomédico, lo que impida luchar efectivamente contra muchas de las enfermedades y mejorar las condiciones de vida del ser humano, mientras que una sustancialmente positiva nos lleve hacia una transformación de la identidad y naturaleza del propio ser humano. La relación entre ciencia y Derecho no es necesariamente dilemática, de manera que haya que optar por una libertad absoluta o una prohibición tajante, sino que caben fórmulas equilibradas y ponderadas que traten de aunar los diferentes intereses y valores concurrentes. Sin embargo, los conflictos concretos que suele traer la ciencia al Derecho sí se muestran ya en muchas ocasiones, como hemos mencionado antes, como dilemáticos, en los que la solución intermedia no es posible.

²⁸ NIETO, A. y FERNÁNDEZ, T.R., *El Derecho y el revés: Diálogo epistolar sobre leyes, abogados y jueces*, Ariel, Barcelona, 1998, p. 38.

²⁹ ESTEVE PARDO, J., “Decidir y regular en la incertidumbre. Respuestas y estrategias del Derecho público”, en DARNACUTELLA i GARDELLA, M.M., ESTEVE PARDO, J. y DÖHMANN, I.S. (Eds.), *Estrategias del Derecho ante la incertidumbre y la globalización*, Marcial Pons, Madrid, 2015, 36.

³⁰ PRIETO SANCHÍS, L., “Presupuestos neoconstitucionalistas de la teoría de la argumentación jurídica”, en GASCÓN ABELLÁN, M., *Argumentación jurídica*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2014, p. 30.

Y tal es el poso de incertidumbre que hay en el propio Derecho que la posibilidad de predecir con total certeza el resultado de los procedimientos jurídicos es vista incluso con sospecha. Un margen de incertidumbre es un indicador de que el sistema jurídico efectivamente funciona. La certeza absoluta sólo existirá ya en las elecciones fraudulentas o en los pleitos amañados³¹. Incluso, Gustavo Zagrebelsky afirma que no sólo es dudoso que la certeza, como fijeza del ordenamiento en todas sus partes, pueda ser hoy un objetivo realista. También es dudoso que sea deseable, ya que la certeza descargaría sobre el legislador una tarea de incesante modificación del derecho vigente, una tarea que se desarrolla, en cambio, en la labor silenciosa y soterrada de los Tribunales y de los estudios de los juristas³².

Así pues, desde una perspectiva jurídica, los tiempos que vivimos responden a dos características: dificultad en la resolución de los conflictos entre derechos e intereses que se muestran como verdaderos dilemas, en los que no cabe una solución ponderada, e incertidumbre en las decisiones a adoptar.

El Derecho ha ido creando algunas herramientas que le permitan afrontar la incertidumbre. Estas *certezas jurídicas* no son verdades, son convenciones. No pertenecen al ámbito del conocimiento sino de la acción. No pretenden describir la realidad sino afrontar problemas. Son certezas operativas que aspiran a transformar la realidad para hacerla cierta, a convertir situaciones problemáticas en situaciones resueltas. El derecho plantea, por tanto, una certeza sin verdad. Incluso se atreve a tomar el lugar de la verdad. Estas certezas son invenciones, y en ese sentido ficciones (pero no irrealidades) que configuran la realidad. Lo que hace, en definitiva, el Derecho es fingir certezas, y también presuponerlas, darlas por supuesto³³.

Nuestro Derecho de corte positivista se ha construido sobre el paradigma contrario al que presenta la realidad, el de la certidumbre de las referencias que ofrecen las normas. Tal déficit puede, sin embargo, paliarse a través del desarrollo de los principios y del valor de la interpretación. En palabras de Muñoz Machado, la concentración del Derecho en la Ley, con total eliminación de cualquier otra fuente de creación de reglas jurídicas, aunque buscada como un desiderátum de máximos en los mejores tiempos de la creencia positivista tanto en la capacidad ordenadora de la Ley como en la falta de legitimidad de cualquier otra razón jurídica externa a la misma, quizás no tuvo nunca una plasmación completa en la práctica. La Ley, aún en la hipótesis de una codificación bien sedimentada y completa de las reglas aplicables a un sector o materia determinada, siempre deja anchos espacios vacíos de normas y es incapaz de prever por adelantado, todos los problemas que sus propias regulaciones plantearán en el futuro³⁴. Ahora, la sola pura subsunción se presenta como un método insuficiente dentro de la complejidad social y la escasa predictibilidad respecto a los casos que puedan ocurrir en el futuro.

³¹ MARTÍNEZ GARCÍA, J.I., “Derecho e incertidumbres”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, año 2012, p. 108.

³² ZAGREBELSKY, G., *El derecho dúctil*, 9.ª ed., Trotta, Madrid, 2009, pp. 146 y 147.

³³ MARTÍNEZ GARCÍA, J.I., “Derecho e incertidumbres”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, año 2012, p. 114.

³⁴ MUÑOZ MACHADO, S., *Tratado de Derecho administrativo y Derecho público general*, Tomos I y II, Iustel, Madrid, 2011, p. 738.

Y no es que la Ley sea incapaz de prever todo aquello a lo que ha de enfrentarse, sino que, además, no creemos que sea bueno, porque la norma se aplica a una realidad cada vez más compleja y cambiante y si la norma es extraordinariamente rígida, precisa, minuciosamente detallada, la posibilidad de que sea útil a los fines o intereses para los que fue aprobado es harto discutible. La extrema generalidad y flexibilidad del texto normativo puede ofrecer cierta inquietud desde la perspectiva de la previsibilidad de las consecuencias legales y, por tanto, de la seguridad jurídica. Pero tampoco una norma extremadamente detallada y ajustada estrictamente a un supuesto de hecho, la pandemia, que pasará y que puede que no retorne hasta dentro de un siglo, es la solución. Ahora salvaremos, ya a posteriori, esta pandemia, desde la perspectiva de la seguridad jurídica, con un articulado preciso y minucioso de medidas a aplicar en limitación de derechos individuales frente a una pandemia. Sin embargo, puede que ésta sea la última que vivamos en muchos años. De este modo, ante la próxima crisis habremos de actuar de la misma manera, creando extensos listados de medidas para sentir el confort jurídico de la seguridad, pero con absoluto olvido de que el Derecho es, por la complejidad de la realidad a la que debe ser aplicado, no solo subsunción, sino también interpretación, es decir, algo más que un automatismo en la aplicación de una norma a un supuesto de hecho. Habremos olvidado los principios y seguiremos operando con reglas poco útiles.

Y, precisamente, ha sido dos principios, no reglas, los que nos han permitido afrontar con cierta solvencia esta grave crisis de salud desde una perspectiva jurídica, el principio de precaución, tantas veces invocado en la pandemia, y el principio de proporcionalidad que se nos ofrece como una herramienta robusta de la difícil resolución de los conflictos entre los derechos individuales e intereses colectivos.

Por ello, los nuevos casos difíciles que surgen al amparo del avance de la biomedicina exigen que el ordenamiento jurídico se dote no tanto de soluciones concretas y cerradas, es decir, de reglas, como es habitual, sino de soluciones más abiertas, principios, es decir, de herramientas jurídicas que se adaptan a casos complejos, impredecibles y con valores en juego extraordinariamente relevantes. Se trataría de normas de textura abierta, recurriendo a los términos empleados por H.L.A. Hart, de manera que la legislación tendrá una naturaleza general e, independientemente de la facilidad con que se apliquen en la mayoría de los casos, resultarán indeterminados en algún momento en el que se cuestione su aplicación. Ni el legislador ni los Tribunales pueden conocer todas las posibles combinaciones de circunstancias que puede traer el futuro, y esta situación lleva necesariamente a una relativa indeterminación. Hay, por tanto, áreas de conducta en las que muchos aspectos deben dejarse al desarrollo de los Tribunales, dado que estos determinan caso por caso y a la luz de las circunstancias, el equilibrio entre los intereses en conflicto.

Las reglas, con las que tradicionalmente ha operado el Derecho por razones de seguridad jurídica, se muestran ya como obsoletas o, al menos, como insuficientes para la resolución de los conflictos biomédicos. La especificidad y concreción de la regla frente al principio parece hacerlas ya poco útiles en la resolución de lo que es difícilmente previsible y cuya casuística supera con creces la capacidad de previsión o de anticipación normativa del legislador. El legislador puede construir soluciones

jurídicas cerradas, pero la riqueza de los casos y de las nuevas realidades que van surgiendo al amparo del avance biotecnológico hace que las mismas queden obsoletas o no encuentren fácil encaje para un supuesto previsto muy distinto de aquél al que hay que aplicarla.

Si la ciencia genera incertidumbre, ¿debe también generarla el Derecho? ¿puede lucharse frente a la incertidumbre científica con la incertidumbre jurídica que suponen los principios? ¿no es un oxímoron? En todo caso, no se trataría de la incertidumbre asentada en el Derecho, sino de la certidumbre basada en el principio y no tanto en la regla. La incertidumbre no se reduce ahora con certezas sino con incertidumbres de otro tipo: una incertidumbre se reduce con otra. Se pasa así de una incertidumbre indeterminada a una incertidumbre determinada, es decir parcialmente acotada, fijada, definida y estructurada en cierto modo. Las certezas dan forma a la incertidumbre. No la suprimen. Son modos de resistencia a la incertidumbre. Las certezas del derecho se mantienen como tales en la medida en que son capaces de procesar y absorber incertidumbre. No se afirman por su verdad intrínseca sino por sus efectos. No pueden concebirse como premisas indiscutibles, como axiomas que se desentienden de sus consecuencias³⁵.

En palabras de Ernesto J Vidal Gil, a través del valor que cobran los principios para la resolución de los conflictos en el sistema jurídico se produce la conexión del Derecho y la Bioética. El Derecho acude ahora a la fórmula tradicional de resolución Bioética de los casos difíciles, y no porque se haya producido una positivización o juridificación de la ética de las ciencias de la salud, sino porque los principios se presentan ahora como los únicos instrumentos que permiten alcanzar una solución mínimamente satisfactoria en los casos difíciles. Y si la Bioética ha superado los métodos tradicionales de la deducción, de la subsunción o de la inducción del caso, también el Derecho va más allá del formalismo y del decisionismo. La deliberación exige una actitud formal pero no formalista, real pero no realista, normativa pero no normativista y principial pero no principialista. Frente a los extremos del noble sueño y de la pesadilla, la vigilia guarda los límites del Derecho³⁶. Y así, podemos añadir que si Toulmin acuñó hace ya unos años la frase de que la Medicina le ha salvado la vida a la Ética³⁷, podemos afirmar ahora que ésta o, más concretamente, la Bioética le puede salvar la vida al Derecho, librándole de la tiranía reduccionista de las reglas en el marco de la incertidumbre biotecnológica. Se trataría, en palabras de Manuel Atienza, de una aproximación entre Derecho y Bioética, no material, sino metodológica³⁸.

³⁵ MARTÍNEZ GARCÍA, J.I., “Derecho e incertidumbres”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, año 2012, p. 112.

³⁶ VIDAL GIL, E.J., “Bioética y Derecho: la positivización de los principios”, *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, núm. 52, año 2018, p. 37.

³⁷ TOULMIN, S., “How medicine saved the life of Ethics”, *Perspectives on Biology and Medicine*, núm. 25, año 1982, p. 736.

³⁸ ATIENZA, M., “Juridificar la bioética”, *Isonomía. Revista de teoría y Filosofía del Derecho*, núm. 8, 1998, p. 83.

Así pues, los cambios en la forma de interpretar la Ley que, es lo que a la postre venimos planteando, conlleva no sólo el cómo ha de ser interpretada, sino también quién ha de interpretarla. Dentro de esta pregunta se encuentra la respuesta no sólo a un problema hermenéutico, sino más allá, a un verdadero problema de índole jurídico-político: el determinar en manos de quién está la última palabra en el sistema de poderes que configura el orden constitucional. El cómo y el quién van indisolublemente de la mano. Ambos problemas están perfectamente interrelacionados, dado que las propias singularidades de la interpretación de la norma van a provocar que el intérprete ostente necesariamente un campo más o menos amplio de interpretación. Las propias características del objeto y manera de la interpretación provocan la amplitud de los poderes del intérprete.

A mayor número de principios, mayor facultad hermenéutica en manos del intérprete. Sin embargo, la extensiva proclamación de principios en el texto normativo no sólo provoca una mayor capacidad interpretativa del poder judicial, el contra-mayoritario, sino también una mayor efectividad del principio de interpretación conforme. Si los principios son candidatos a diferentes interpretaciones, a diferencia de las reglas que marcan una pauta de conducta y una consecuencia jurídica a cada supuesto de hecho, también limitan al mismo tiempo la capacidad anulatoria del poder contra-mayoritario. A este respecto, si el legislador vulnera una regla contenida en la Constitución (véase, que la mayoría de edad se sitúa a los dieciocho años, restringiendo los derechos políticos de aquellos que no hubieran alcanzado los veintiún años), resulta evidente que todo el poder de control y anulación de dicha norma legislativa está en manos del Tribunal Constitucional. Sin embargo, cuando el objeto de discusión no es ya la regla, sino un principio, resulta evidente que la declaración de ilegalidad o inconstitucionalidad, en su caso, pasa necesariamente por una evidente contradicción en los fines que claramente persigue el principio por parte del legislador. De esta manera, el activismo judicial quedaría paradójicamente limitado por los principios, ya que éstos dan también mayor margen de decisión al propio legislador. El legislador será libre de interpretar y desarrollar los principios, siendo su labor declarada no conforme al ordenamiento solamente en aquellos casos en los que exista una evidente contradicción entre el principio y su decisión. El margen de maniobrabilidad que el poder contra-mayoritario ostenta respecto de los principios es mayor que respecto de las reglas, pero también lo es, del mismo modo, para el legislador, de manera que una correcta división y articulación de los poderes impedirá que el poder judicial, recurriendo al margen que le permiten los principios, se exceda en su labor. La propia presencia de principios autolimita los excesos.

En todo caso, no se trata de sacrificar la seguridad jurídica en beneficio de la justicia o de la equidad, es decir, de la decisión socialmente aceptable en el marco del debate clásico entre seguridad y justicia, sino de desarrollar una seguridad jurídica asentada en los principios, más allá de las reglas. Y ello, no por el superior valor de la justicia en sí, sino por la imposibilidad de la operatividad de las reglas ante la incertidumbre y la casuística a la que da lugar el desarrollo biotecnológico. En palabras de Luis Prieto Sanchís, que el juez adquiera más poder no significa que ese poder suplementario sea arbitrario ni deba abandonarse a una reflexión puramente personal. Al contrario, el juez queda sometido más de lo que ya estuviera bajo una perspectiva legalista, porque

no solo deberá ya obediencia a las normas jurídico-positivas, sino a las exigencias morales de la razón práctica. Se le exigirá más actividad pero no activismo³⁹.

Tal postura no implica, obviamente, una renuncia a las reglas, las cuales deben seguir ostentando un papel estelar en el ordenamiento jurídico en aras de garantizar la seguridad jurídica. Sin embargo, tal ordenamiento debiera, en virtud de la incertidumbre que se deriva del avance de la biomedicina, operar conjuntamente con reglas y principios, de manera que aquéllas cobraran mayor virtualidad cuando la incertidumbre de la acción o actividad concreta haya quedado ya despejada. No cabe un Derecho que reniegue totalmente de las reglas y que acabe centrándose en la decisión que deriva de la aplicación del principio al caso concreto. Las reglas ocuparán el espacio de la certidumbre y los principios el de la incertidumbre, pero sin olvidar que ésta es el patrón que mejor define nuestro contexto actual.

En una legislación fragmentada, casuística, cambiante, con partes que caen con frecuencia en obsolescencia por desajustes sistemáticos, el papel del juez necesariamente se realza. Pero este realzamiento de su papel no puede llevarle nunca a una independencia respecto de la Ley. Le lleva, necesariamente, a un uso más apurado y refinado de los principios generales del Derecho. La vinculación del Juez a la Ley no se vulnera ni se reduce por el empleo de los principios generales del Derecho en el proceso interpretativo, siempre que tales principios se utilicen por juristas expertos y se inserten en el sistema jurídico como el aceite que facilita su funcionamiento y como una alternativa o una excepción o ruptura del mismo⁴⁰. Cuando en la solución del caso no tenga norma aplicable, el juez habrá de acudir a los principios, pero tales principios ha de extraerlos del propio Derecho y no de las reglas sociales o de las ideas políticas⁴¹. Se prima la conciencia jurídico material del juez frente a la conciencia formal que supone el sujetarse a unas reglas. El juez no actuará *extra legem*, pero sí *intra principia*.

En palabras de Manuel Atienza, la vía legislativa tiene indudables ventajas (que se incrementan cuando los órganos que establecen las reglas poseen una legitimidad indiscutida -por ejemplo, por su origen democrático- que podría faltar en los jueces), pero también algunos inconvenientes. En particular, no parece que éste sea el procedimiento -o el único procedimiento- a seguir cuando las reglas tienen que referirse a circunstancias altamente imprevisibles (como ocurre cuando dependen de cambios científicos o técnicos) o que envuelven juicios de valor, opiniones morales, etcétera, que están lejos de suscitar un consenso por parte de los legisladores. El riesgo en estos casos es que las normas producidas no alcancen el nivel de concreción deseable y/o resulten excesivamente rígidas. Para el autor, el desarrollo de la Bioética ofrece algunos ejemplos de este vano empeño por seguir única o preferentemente una vía "legislativa"⁴².

³⁹ PRIETO SANCHÍS, L., "Presupuestos neoconstitucionalistas de la teoría de la argumentación jurídica", en GASCÓN ABELLÁN, M., *Argumentación jurídica*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2014, pp. 88 y 89.

⁴⁰ GARCÍA DE ENTERRÍA, E., *Justicia y seguridad en un mundo de leyes desbocadas*, Civitas, Madrid, 1999, pp. 92 y 93.

⁴¹ ARAGÓN REYES, M., "La interpretación de la Constitución y el carácter objetivado del control jurisdiccional", *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 17, mayo-agosto 1986, p. 126.

⁴² ATIENZA, M., "Juridificar la bioética", *Isonomía. Revista de teoría y Filosofía del Derecho*, núm. 8, 1998, p. 97.

3. ¿Tienen los Comités de Bioética un papel protagonista en este nuevo contexto en lo que los principios cobran especial relevancia para la resolución de los conflictos?

Todo lo que hemos expuesto en el apartado anterior debe llevarnos necesariamente a una reflexión sobre el papel de los Comités de Bioética, ya sea a nivel supranacional o internacional, nacional o autonómico.

Si la solución a los nuevos conflictos derivados del ingente avance de la biomedicina exige una regulación basada en principios, de manera que el Derecho puede afirmarse que se ha aproximado a la Bioética en cuanto a la metodología de esta última, ello también conlleva necesariamente un mayor protagonismo de los Comités de Bioética.

En primer lugar, debemos recordar que la Bioética, tal y como se desarrolla a partir, sobre todo, de los años setenta del siglo pasado, se ha caracterizado, precisamente, por el papel protagonista de los Comités. Así, desde la misma aparición de la Bioética, como nueva ciencia del saber, la misma quedará indisolublemente unida a lo que puede considerarse no tanto un modelo o escuela bioética, sino, más bien, en sentido estricto, un método de trabajo como es el de los comités. El Comité se constituye desde los inicios de la Bioética en el instrumento esencial a través del que se desarrollará y expandirá dicho saber. Incluso, puede afirmarse que el método de reflexión y decisión colectiva a través de un comité precede a la propia Bioética o, incluso, viene a justificar en gran parte su aparición como nueva ciencia del saber. Recuérdese, a estos efectos, que el inicio de la Bioética ha sido situado en una fecha muy concreta, como es el mes de diciembre de 1962, con la publicación de un artículo en la revista *Life* escrito por la periodista Shana Alexander que llevaba por título “They decide who lives, who dies” y que contaba la historia de un Comité creado en Seattle con la finalidad de seleccionar a los pacientes candidatos a quienes se podía ofrecer tratamiento de hemodiálisis.

En aquel momento, dicho tratamiento era escaso, por lo que sólo podía ofrecerse con criterios muy restrictivos. El artículo provocó un gran debate social, sobre todo, en relación a los criterios del mencionado comité para seleccionar a los pacientes candidatos. El problema no estaba en el recurso al método de decisión a través de un comité, sino en las herramientas y procedimientos de los que se había dotado al comité para la toma de las decisiones que eran prácticamente nulas o, al menos, no venían fundamentadas en principio o valor ético alguno.

Junto a este acontecimiento que acompaña o que, como hemos dicho ya antes, más correctamente, da lugar a la creación de la Bioética, otro de los grandes hechos que vendrá a marcar el posterior desarrollo y extraordinario impulso de esta nueva área del saber será la creación en 1974 en Estados Unidos de América de la Comisión Nacional para la protección de los seres humanos en el ámbito investigación biomédica, como reacción a los famosos experimentos de Tuskegee, y que es la autora del conocido Informe Belmont. Así pues, la Bioética queda una vez más vinculada a la figura de los comités.

Y este nuevo contexto de la incertidumbre, en el que los principios y la interpretación jurídica cobran un nuevo protagonismo, los Comités, por la propia metodología de trabajo que inauguran desde sus inicios, basada singularmente en los principios, constituirán el instrumento que ayude al poder judicial en la solución de los conflictos derivados del avance de la biomedicina. Así, Manuel Atienza destaca el papel más

relevante de los comités de Bioética, señalando que el protagonismo deberían asumirlo los comités de ética, pero recurriendo dichos órganos colegiados al método judicial de ponderación de los principios, como un modelo plausible de racionalidad práctica. Para Atienza, queda claro que los miembros de esos comités están, en efecto, en una situación análoga a la de los jueces que tienen que resolver casos jurídicos basándose esencialmente en principios⁴³.

Y resulta ineludible situar los principios de la Bioética en el Derecho para definir su contenido, orientar la conducta, establecer sus límites, conferir certeza moral y seguridad jurídica, limitar la creación judicial a sus justos términos y, en suma, garantizar los derechos, y para ello están especialmente preparados los Comités.

El nuevo modelo no supone, por tanto, una nueva ingeniería social dirigida a los jueces, de manera que se provea a estos de conocimientos científicos o tecnológicos, como propusiera hace unas décadas Maxine Singer, ante el temor de que los Tribunales obstaculizaran las posibilidades que el avance de la biología podía ofrecer. No deben incluirse en las pruebas de acceso a la judicatura incluir preguntas relacionadas con la ciencia, como igualmente propusiera dicha autora⁴⁴, sino en unos jueces que conozcan bien la ley y la jurisprudencia y que entiendan que, en muchos de los nuevos y difíciles casos a los que se van a enfrentar, la subsunción de la consecuencia jurídica en el supuesto de hecho ya no es forma de decisión, debiendo adentrarse en los más complejos y ricos caminos de la interpretación y la operatividad de los principios y las normas más abiertas. Porque al igual que los bioéticos se forman en la aplicación de principios, la magistratura debiera seguir el mismo camino, es decir, tomarse la formación en principios en serio, contando, a tal fin, con el apoyo de los Comités.

Siguiendo a Luc Ferry, los Tribunales deberán recurrir en su análisis de los casos a la opinión fundada en bioética de los Comités de Ética, como de hecho está ocurriendo en algunos casos en la realidad (véase, el caso de la donación entre vivos de órganos o la toma de decisiones sobre los tratamientos al final de la vida). Sin embargo, tal criterio experto no puede fundamentar la decisión final, sino solo ofrecer elementos para la argumentación⁴⁵.

Y en palabras de la Comisión Presidencial de Bioética de Estados Unidos, los organismos nacionales de Bioética pueden ayudar a facilitar el proceso deliberativo, actuando como una forma de conciencia nacional. Así, pueden proporcionar un foro público para la evaluación de los conflictos muy complejos que sea utilidad para los órganos que, a la postre, han de adoptar las decisiones⁴⁶.

En definitiva, a los Comités de Bioética puede augurárseles un relevante futuro en un contexto en el que su papel para ayudar a interpretar los principios normativizados y proponer soluciones frente a verdaderos dilemas será muy destacada. El diálogo entre Jueces y Comités no es solo conveniente, sino, más aún, ineludible.

⁴³ Ibidem, p. 98.

⁴⁴ JASANOFF, S., *La arrogancia de la biología*, Alianza, Madrid, 2021, p. 104.

⁴⁵ FERRY, L., *La revolución transhumanista. Cómo la tecnomedicina y la uberización del mundo van a transformar nuestras vidas*, Alianza Editorial, Madrid, 2017.

⁴⁶ Presidential Commission for the study of bioethical issues, *Bioethics for every generation: deliberation and education in health, science, and technology*, Washington DC, mayo 2016, p. 29.

- COMBATIR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

Jorge Alberto Lojero Espinosa.
Asistencia Técnica de la Unidad de Igualdad de Género del SESCAM.

El 25 de noviembre ha sido declarado por la Asamblea General de las Naciones Unidas como el *Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres*. Esta Declaración fue aprobada mediante la Resolución A/RES/54/134 del 7 de febrero del año 2000, en la que invita a los gobiernos, los organismos, órganos, fondos y programas del sistema de las Naciones Unidas, y a otras organizaciones internacionales y organizaciones no gubernamentales, según proceda, a que organicen ese día actividades dirigidas a sensibilizar a la opinión pública respecto del problema de la violencia contra la mujer.

En esta Resolución se hace el reconocimiento de que “la violencia contra la mujer constituye una manifestación de unas relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a que el hombre domine a la mujer y discrimine contra ella, impidiendo su adelanto pleno, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se reduce a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”⁴⁷.

En ese sentido, aprovechamos el presente espacio dentro del Boletín de Derecho Sanitario y Bioética para recordar que la eliminación de la violencia contra las mujeres, requiere de un esfuerzo interinstitucional coordinado que permita la adecuada implementación de la normatividad en la materia. A la fecha, el sistema jurídico español cuenta con una multiplicidad regulativa que busca la erradicación de la violencia de género, tanto en el ámbito estatal, como en el autonómico, la cual demuestra una amplia voluntad por trabajar en la erradicación de la violencia contra las mujeres y las niñas. Este *corpus* normativo, es resultado también de la armonización legislativa que impone la suscripción de diversos tratados internacionales, tanto en el plano Universal, como en el europeo.

En el ámbito estatal, contamos con la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Cuyo objetivo es actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.⁴⁸

El pasado 7 de octubre, entró en vigor la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, la cual amplía el ámbito de actuación de los poderes públicos en la materia e impulsa la prevención de las violencias sexuales y pretende garantizar los derechos de las víctimas, estableciendo las bases para eliminar las barreras en la materialización de los derechos de las víctimas, reconociendo factores que generan discriminación múltiple. Esta Ley impulsa la puesta en marcha de medidas integrales e interdisciplinarias de actuación institucional y profesional especializada y coordinada, para llevar a cabo una adecuada prevención, brindar una respuesta efectiva a las víctimas y sancionar proporcionalmente estas conductas. El

⁴⁷ Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/54/134

⁴⁸ El artículo

objeto de la Ley es la garantía y protección integral del derecho a la libertad sexual y la erradicación de todas las violencias sexuales.

En el ámbito autonómico, la Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha, tiene por objeto actuar frente a la violencia de género que, como manifestación de la desigualdad, la discriminación y las relaciones de poder asimétricas entre mujeres y hombres, se ejerce sobre éstas por el solo hecho de serlo, a través de la adopción de medidas integrales en orden a:

- a) La detección, prevención, formación y sensibilización.
- b) La protección, atención integral y reparación del daño de las mujeres víctimas de violencia de género y sus hijas e hijos menores.
- c) La investigación, recogida de información y evaluación a través de planes estratégicos de igualdad.
- d) La responsabilidad institucional para erradicar la violencia de género.

Como podemos apreciar, la prevención, atención y erradicación de la violencia de género requiere de un trabajo interinstitucional coordinado, que permita atacar este fenómeno de una forma integral. El ámbito sanitario tiene un amplio marco de acción, tanto en la prevención, detección temprana y atención integral de las víctimas de violencia de género. En ese sentido, se han establecido esfuerzos, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, por establecer procedimientos homologados que permitan a profesionales sanitarios actuar en contra de la violencia de género y en favor de las víctimas.

Desde el Sistema Nacional de Salud, se cuenta con diversos protocolos e instrumentos que incorporan buenas prácticas, lecciones aprendidas e investigaciones que pretenden generar una actuación común frente a la violencia de género, los instrumentos vigentes son los siguientes:

1. **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012⁴⁹**. El objetivo general de este protocolo es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos. La finalidad última es ofrecer orientaciones al personal sanitario del SNS para la atención integral -física, psicológica, emocional y social- a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario, para así poder terminar con las relaciones de maltrato que son causa de una mayor morbimortalidad en las mujeres que la sufren, y recuperar la salud y autonomía de la mujer.⁵⁰

⁴⁹ Este protocolo es una nueva edición del del Protocolo Común de Actuación Sanitaria contra la Violencia de Género de abril de 2007, su revisión y actualización es resultado de la experiencia acumulada por lo servicios de salud de las Comunidades Autónomas, así como de la evidencia científica respecto de los impactos de la violencia de género en la salud de las mujeres que la sufren y de sus hijos e hijas.

⁵⁰ Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf

2. **El Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) 2015.** Tiene como objetivo fundamental constituirse en herramienta básica para la sensibilización y formación de profesionales en la lucha contra la MGF y para orientar actuaciones homogéneas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permitan mejorar la salud de las mujeres y niñas a las que se ha practicado la mutilación genital femenina en su país de origen, así como trabajar en la prevención y detección del riesgo en su práctica en niñas que, por su contexto familiar, están en una situación de especial vulnerabilidad.⁵¹

3. **Actuación Sanitaria frente a la Trata con fines de Explotación Sexual, 2017.** Este Anexo tiene por objeto dar a conocer en el contexto de los servicios sanitarios las características específicas de la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual y establecer pautas para una actuación homogénea, que favorezcan la detección temprana de posibles víctimas de trata o de explotación sexual, así como la actuación ante los casos detectados.

En particular, se pretende ofrecer al personal sanitario información para que pueda reconocer de forma sencilla posibles señales de trata con fines de explotación sexual, así como proporcionarles orientaciones que garanticen que las mujeres y niñas que acudan a cualquier servicio sanitario y puedan encontrarse en esta situación sean derivadas a los servicios adecuados para su atención y protección integral, asegurando así el ejercicio de sus derechos y su recuperación, física, psicológica, emocional y social.⁵²

4. **Instrumento Común Estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud 2021.** Su objetivo principal es complementar al Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud (2012) en la consecución de pautas de actuación normalizadas y homogéneas, tanto para la detección temprana, como para la valoración e intervención ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos. Este instrumento ofrece distintas herramientas validadas por diferentes servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud para la clasificación y confirmación de los casos de violencia de género, así como la valoración del riesgo de los mismos.⁵³

⁵¹ Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

⁵² El presente instrumento se incorpora como un anexo que complementa el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud (2012) e incorpora aspectos relativos a la actuación ante posibles casos de trata con fines de explotación sexual. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Anexo_TRATA_al_Protocolo_Comun_V_G_SNS_27Nov2017_entregado_en_papel_Reunion_ComisionVG_28nov2017.pdf

⁵³ Documento aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) (24 de noviembre de 2021) Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Doc_Aprobado_CISNS_Instrum_Estandariz_Detec_Temprana_VG_1Dic2021_OSM.pdf

5. **Pautas básicas comunes del Sistema Nacional de Salud para la actuación ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante (“pinchazo”) en contexto de ocio 2022.** Este documento tiene la finalidad de proponer pautas de actuación y algoritmos básicos para articular respuestas y actuaciones sanitarias comunes desde los equipos de profesionales del SNS para una atención integral de las agresiones con objeto punzante (“pinchazo”) a mujeres en contextos de ocio.

Con ello, se pretende garantizar la protección integral de la salud de las mujeres en un marco de equidad y cohesión en el conjunto del SNS, teniendo en cuenta las consideraciones previas recogidas en los Protocolos Autonómicos actualmente existentes (Sumisión Química y Agresiones Sexuales) así como los aspectos legales relacionados para una adecuada continuidad asistencial y posterior seguimiento.⁵⁴

En el ámbito autonómico, Castilla-La Mancha cuenta pautas generales para la actuación del personal sanitario frente a la violencia de género, establecidas a través de los instrumentos siguientes:

1. **Protocolo de Actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos, 2005.** Este protocolo reconoce el importante papel de las y los profesionales sanitarios en la prevención, detección, tratamiento y la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con profesionales de otras áreas e instituciones.⁵⁵
2. **Acuerdo de Coordinación Institucional y Aplicación de los Protocolos para la Prevención de la Violencia de Género y Atención a Mujeres de Castilla-La Mancha, 2009.** Este Acuerdo, entre otras cuestiones, busca optimizar la coordinación entre las Instituciones implicadas en la intervención con las mujeres víctimas de violencia de género y establecer pautas de actuación homogéneas en toda la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, que aúnen esfuerzos en la prevención, protección y atención a las víctimas y logren el reproche penal que la ley prevé para estas conductas.⁵⁶
3. **Protocolo para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha, 2017.** Su objetivo general es prevenir la práctica de la mutilación genital femenina proporcionando orientación en la identificación de la población de riesgo a las y los profesionales que intervienen frente a este tipo de violencia de género a fin de evitar que se practique la MGF en niñas que viven en la

⁵⁴ Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Doc_Basico_Agresion_Pinchazo_GrupoprotocolVSexual_vers_19sep2022.pdf

⁵⁵ Disponible en:

https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20150407/protocolo_actuua_atenci_n_primaria.pdf

⁵⁶ Disponible en:

https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20150407/acuerdo_protocolos_clm.pdf

comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, sin dejar de prestar atención a las mujeres que hayan sido víctimas de esta práctica.⁵⁷

4. Protocolo de asistencia a víctimas de sospecha de sumisión química y/o agresión a través de pinchazo, 2022. Este protocolo tiene como objetivos:

- Coordinar e integrar todos los posibles puntos de atención: Puntos violeta, Atención primaria, Emergencia, PAC o Urgencia hospitalaria
- Asistencia Integral urgente para establecer un diagnóstico y reintegrar el nivel de salud de la Paciente.
- Dar la respuesta médico-legal oportuna que garantice los derechos de la víctima.⁵⁸

Este marco normativo, nos otorga una visión general de las actuaciones que el personal sanitario debe observar ante la violencia de género, estos parámetros de actuación han sido revisados y actualizados periódicamente con base en la experiencia en la aplicación de los instrumentos jurídicos, las evidencias obtenidas a través de la investigación y la emisión de nuevas directrices y guías para la atención de la violencia de género y la protección de las víctimas.

En ese sentido, el 28 de julio de 2021, se aprobó el Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género, publicada en el Boletín Oficial del Estado el 5 de agosto de 2021. Este catálogo es el resultado del trabajo coordinado entre el Ministerio de Igualdad y el Ministerio del Interior, en el cual se revisaron las actuaciones de respuesta institucional a la violencia machista, con la finalidad de avanzar en su consolidación.

Las medidas urgentes establecidas en el catálogo, son 15 y se clasifican en los epígrafes siguientes:

- **Prevención y Sensibilización.**
 - Objetivo: Mejorar la información y la concienciación de las víctimas y de su entorno cercano, de modo que cualquier ciudadano o ciudadana se convierta en agente de cambio y pueda dar una primera respuesta en la cadena de apoyo y atención a las víctimas.
- **Detección Temprana.**
 - Objetivo: Consolidar los servicios públicos de proximidad como puertas de entrada fundamentales para la detección temprana, con especial atención a los centros de salud, a los servicios sociales, a los servicios especializados y al ámbito educativo.

⁵⁷ Disponible en:

https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/protocolo_mgf_firmado.pdf

⁵⁸ Disponible en: https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/archivosnoticias/20220816/dgcc-pc-01_protocolo_actuacion_victimas_sospecha_sumision_quimica_y-o_agresion_a_traves_de_pinchazo_.pdf

- **Autonomía económica y vivienda para las víctimas.**
 - o Objetivo Fortalecer el acceso cercano a las medidas de autonomía económica y el acceso a la vivienda de las víctimas y de sus hijos e hijas, con independencia de la denuncia, así como la reparación material a familiares directos de las víctimas de feminicidio.
- **Medidas frente a la violencia vicaria y para la protección de niños y niñas como víctimas directas de la violencia de género.**
 - o Objetivo: Mejorar la protección y seguridad de los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género como víctimas directas, impulsando la puesta en práctica de las medidas sobre esta materia contenidas en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia ya la adolescencia frente a la violencia y en la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, a través, entre otras medidas, de la elaboración de un instrumento de determinación del interés superior del menor y del derecho a ser escuchado.
- **Protección y Seguridad.**
 - o Objetivo: Reforzar la protección y la seguridad de las víctimas de violencia de género y de sus hijos e hijas, incluidas además de las que interponen denuncia, las mujeres que, a pesar de encontrarse en situación de riesgo, no denuncian, así como aquellas que renuncian a continuar con el procedimiento penal para lograr una malla de protección aún más eficaz, conectando a los servicios sociales y de atención especializada, apoyados por el sistema Atenpro y las fuerzas policiales.
- **Coordinación interinstitucional y formación.**
 - o Objetivo: Mejorar la respuesta multiagencia e interinstitucional para garantizar y proteger los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género y de sus hijos e hijas, según el enfoque y los estándares establecidos en el Convenio de Estambul.

Dentro de este catálogo de medidas urgentes, el ámbito sanitario juega un rol protagónico en la detección temprana, cuyas medidas son las siguientes:

“4. Elaboración de un instrumento validado estandarizado para facilitar la detección de la violencia de género en los servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud que será objeto de una implantación progresiva en todo el territorio del Estado.

5. Formación específica en la detección precoz, manejo de indicadores de sospecha, valoración del riesgo y desarrollo de destrezas para la entrevista, de los equipos profesionales involucrados en la atención integral y recuperación de las víctimas de violencia de género de atención primaria y hospitalaria (Medicina de Familia, Pediatría, Enfermería, Matronas, Trabajo Social, Urgencias, Salud mental y Toco- Ginecología), así como de la red de centros de Servicios Sociales, del ámbito educativo y de la Inspección de Trabajo y de los servicios consulares españoles en el extranjero.”

Par facilitar y homologar la aplicación de estas medidas, el Sistema Nacional de Salud, aprobó el Instrumento Estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el SNS, al que ya nos hemos referido anteriormente. En ese sentido, resulta necesario impulsar la adopción de los criterios impulsados por el SNS en los protocolos y en los sistemas informáticos de recogida de información, a fin de lograr una adecuada implementación en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Adicionalmente, resulta imprescindible continuar con actividades formativas dirigidas al personal sanitario, que atiendan a los distintos perfiles sanitarios y que permita la detección temprana de la violencia de género y brinde herramientas eficaces en la detección, atención y seguimiento de las víctimas de violencia de género.

En resumen, el 25 de noviembre “Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres” nos recuerda que la violencia contra las mujeres y niñas es un fenómeno generalizado, que se configura como violencia estructural, que requiere de la suma de esfuerzos coordinados. Desde las instituciones públicas, se requiere de estrategias integrales y coordinadas que permitan su prevención, la detección temprana, la atención integral acorde a las necesidades de las víctimas, que garantice sus derechos, así como un adecuado seguimiento y la implementación de medidas que contribuyan a la erradicación de la violencia de género.

3. SENTENCIA PARA DEBATE.

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

- TEDH : PRIMERA SENTENCIA SOBRE LA CONFORMIDAD CON EL CEDH DE EUTANASIA PRACTICADA A UNA PACIENTE ENFERMA MENTAL.

STEDH 4 DE OCTUBRE DE 2022 MORTIER vs BELGICA.

El TEDH se pronuncia sobre la eutanasia practicada a la madre del solicitante, aquejada de depresión desde hacía aproximadamente cuarenta años, y analiza la falta de independencia de la Comisión que controla *a posteriori* toda eutanasia, permitiendo al médico que la realizó votar sobre su legalidad. Asimismo se discute la no participación del hijo en el proceso de eutanasia, en ausencia de la voluntad de su madre de conformidad con la ley.

Hechos:

El solicitante es hijo de GT, a quien se le diagnosticó depresión crónica durante aproximadamente cuarenta años. La había seguido el psiquiatra B. durante varios años. GT considerando recurrir a la eutanasia contactó con el médico general de la demandante, el Dr. W., quien rechaza asumir el papel de médico responsable en el contexto de tal procedimiento y la remitió al profesor D.

El 29 de septiembre de 2011, el profesor D. recibió a la madre de la demandante en su consulta de cuidados paliativos. Dijo que había estado bajo tratamiento psiquiátrico desde los 19 años y que había probado todas las drogas. Agregó que el Dr. B. le había dicho que había llegado al final de su tratamiento.

Durante la consulta, la solicitante describió sus lazos familiares y su historia familiar. Afirmó que no tuvo contacto con su hijo ni con sus nietos durante dos años. Indicó que en 2006 padeció cáncer de mama, lo que calificó como su "mejor época", dado que en esas circunstancias había tenido la atención de una nueva pareja.

El profesor D. concluye que GT estaba gravemente traumatizada, que tenía un trastorno grave de la personalidad y del estado de ánimo y que ya no creía en la recuperación ni en el tratamiento. Al final de la entrevista, accedió a convertirse en su médico responsable según la ley relativa a la eutanasia. Lo remitió al Dr. V., psiquiatra, para que actuara como consultor médico.

El 14 de febrero de 2012, la madre de la demandante hizo una solicitud formal escrita a mano para la eutanasia. El mismo día se formalizó que el profesor D. sería el médico responsable de la solicitud de eutanasia.

El 29 de febrero de 2012 la madre de la demandante hizo una donación a LEIF (LevensEinde InformatieForum, asociación sin ánimo de lucro creada en 2003 que trabaja por un final de vida digno para todos) por importe de 2.500 euros (EUR). La asociación en cuestión está encabezada por el Profesor D. y los Doctores T. y VD también son miembros de la misma.

Los días 8 y 12 de marzo de 2012, el profesor D. volvió a examinar a la madre de la demandante. Concluye que la persona en cuestión ya no tenía ninguna perspectiva en su vida.

El 12 de marzo de 2012, el Dr. B. concluyó que ya no tenía sentido ponerse en contacto con los hijos del solicitante. El Dr. V. aconsejó informarles por carta. La madre de la demandante pidió algo de tiempo para pensarlo.

El 20 de marzo de 2012, la madre de la demandante se reunió con PD, una persona de confianza, quien señaló que la demandante había escrito una carta de despedida para sus hijos.

El 3 de abril de 2012, el profesor D. y PD volvieron a encontrarse con la madre de la demandante. En esta oportunidad, esta última reiteró que no quiere llamar a sus hijos, pues no quiere más dificultades adicionales en su vida. Aceptó escribir una carta a sus hijos con la ayuda de PD y declaró que su balance de vida era negativo y que no tenía perspectiva en su vida. Indicó que los medicamentos no habían hecho ningún efecto durante dos años y que no creía en ninguna posibilidad de mejora. Al final de la conversación, el profesor D. llegó a la conclusión, junto con la madre de la demandante y en consulta con los psiquiatras consultados, de que la única opción razonable era la eutanasia. Fijaron la fecha de la eutanasia para el 19 de abril de 2012.

El 19 de abril de 2012 el profesor D. realizó el acto de eutanasia de la madre de la demandante, que falleció a las 11.15 horas en un hospital público en presencia de unos amigos.

Reclamación realizada por el demandante:

En fecha desconocida, el solicitante envió una carta al Profesor D. En ella, se refería a una entrevista que había tenido el 15 de mayo de 2012 con el Profesor D., el Doctor T. y PD sobre la eutanasia de su madre, practicada sin su conocimiento. Explicó que no había tenido la oportunidad de despedirse de su madre, por lo que se encontraba en estado de duelo patológico. Indicó que había designado a su psiquiatra, el Dr. C., como profesional de salud oficial para poder acceder al historial médico de su madre.

El 23 de octubre de 2013, la demandante solicitó a la Comisión una copia del documento de registro de eutanasia. Según la demandante, esta solicitud quedó sin respuesta.

El 16 de febrero de 2014, el demandante presentó una denuncia contra el profesor D. ante la Orden de Médicos. El demandante indica que no fue informado del seguimiento dado a su denuncia dado el carácter confidencial del procedimiento.

El 4 de marzo de 2014, el solicitante solicitó nuevamente copia del documento de registro de eutanasia presentado a la Comisión. Mediante carta de 19 de marzo de 2014, la Comisión se negó a facilitar una copia del documento alegando que la ley se lo prohibía.

Se llevaron a cabo dos controles para verificar si la eutanasia de la madre de la demandante se había realizado de conformidad con la ley: el control automático realizado por la Comisión, luego la investigación penal abierta a raíz de la denuncia presentada por la demandante.

Lo que alega la parte demandante:

La demandante sostiene que la ley sobre eutanasia no se ha respetado en varios aspectos. Su madre no habría estado en una situación médica desesperada y sus sufrimientos no habrían sido tales que no pudieran aliviarse. Además, el segundo médico consultado no era independiente del primero en la medida en que eran miembros de la misma asociación. Por último, no se había mantenido ninguna conversación con el equipo médico habitual de la madre de la demandante.

Finalmente, el demandante sostiene que no hubo una investigación efectiva sobre las circunstancias de la eutanasia de su madre. La investigación debe ser realizada por personas independientes de las que estuvieron involucradas en los hechos en cuestión. Sin embargo, tal no habría sido el caso ya que el médico que practicó la eutanasia de su madre era el copresidente de la comisión encargada de establecer si el acto en cuestión había cumplido con las prescripciones de la ley.

Juicio de la Corte:

Si bien el Tribunal entiende que el procedimiento de recusación previsto por la ley tiene por objeto preservar la confidencialidad de los datos personales contenidos en el documento de registro y el anonimato de las personas involucradas, considera, no obstante, que el sistema establecido por el legislador belga en relación con la eutanasia controlada únicamente sobre la base de la parte anónima del documento de registro no cumple los requisitos derivados del artículo 2 del Convenio. En efecto, el procedimiento previsto en el artículo 8 de la ley sobre la eutanasia no impide que el médico que realizó la eutanasia forme parte de la Comisión y vote sobre la compatibilidad de sus propios actos con los requisitos sustantivos y procesales del derecho interno. La Corte considera que dejar a la sola discreción del miembro en cuestión la decisión de guardar silencio cuando descubre que estuvo involucrado en la eutanasia objeto de revisión no puede considerarse suficiente para garantizar la independencia de la Comisión. Consciente de la autonomía de que gozan los Estados en la materia, la Corte considera que tal escollo podría evitarse y salvaguardarse la confidencialidad, por ejemplo, si la Comisión estuviera integrada por un número mayor de miembros que el número de quienes la integran.

En consecuencia, y teniendo en cuenta el papel crucial jugado por la Comisión en el control *a posteriori* de la eutanasia, la Corte considera que el sistema de control establecido en el presente caso no aseguró su independencia, y ello con independencia de la influencia real que el profesor D. pudo haber tenido sobre la decisión adoptada por la Comisión en este caso.

El solicitante alega asimismo que el Estado demandado violó su derecho al respeto de su vida privada y familiar debido a que el Estado no protegió la vida de su madre. Además, se dice que la falta de contacto con su familia es una de las razones que llevaron a su madre a la eutanasia, lo que debería haber motivado esfuerzos para reconectarla con su familia antes de que se pudiera establecer la incurabilidad de su condición.

El demandante se queja además de que no fue informado ni participó en el proceso de toma de decisiones que condujo a la eutanasia de su madre. Alega, en particular, que las autoridades nacionales incumplieron su deber de garantizar su participación en el proceso de eutanasia de su madre.

En el presente caso, de conformidad con la ley, los médicos que intervinieron en el procedimiento de eutanasia de la madre de la demandante le sugirieron varias veces que reanudara el contacto con sus hijos. Sin embargo, del expediente se desprende que la madre de la demandante se opuso cada vez, declarando que ya no deseaba tener ningún contacto con sus hijos. Incluso indicó que le tenía miedo a su hijo.

En estas circunstancias, que formaban parte de la relación degradada entre el demandante y su madre durante mucho tiempo, el Tribunal considera que los médicos de la madre del demandante hicieron todo lo razonable, de conformidad con la ley, con el deber de confidencialidad y mantenimiento de la información médica y secreto, así como pautas éticas, para que ella se comuniqué con sus hijos acerca de su solicitud de eutanasia. No se puede criticar al legislador por exigir a los médicos que respeten la voluntad del interesado

VOTOS PARTICULARES

VOTO DEL JUEZ ELÓSEGUI

El hecho de que en este caso la madre de la demandante no quisiera informar a sus hijos de la decisión que había tomado, o que finalmente sólo accediera a enviarles un correo electrónico, no significa que la vida y el entorno familiar de la paciente no deba ser tenido en cuenta por los médicos en absoluto, especialmente cuando el paciente sufre de trastornos psiquiátricos. En pacientes con enfermedad mental puede ocurrir una pérdida de autonomía; también se puede observar una tendencia al aislamiento y al suicidio. Una de las reglas a seguir en psiquiatría es precisamente evitar dejar solos a estos pacientes.

En el presente caso, la madre de la demandante estaba sola y aislada (véase el apartado 18 de la sentencia): su marido había muerto dos años antes y su hija vivía en el extranjero, lo que le impedía ver a sus nietos. Es interesante señalar que uno de los médicos de la paciente, el Dr. B., se tomó la libertad de considerar que ya no tenía sentido contactar a los hijos de la paciente (párrafo 23). Esto significa que, en última instancia, es el médico quien decide por el paciente.

VOTO DEL JUEZ SERGHIDES

Defiende la incompatibilidad entre la eutanasia y el derecho a la vida consagrado en el art. 2 de la Convención, pues el propósito de la eutanasia es terminar con la vida, mientras que la del artículo 2 es para preservarlo y protegerlo. Manifiesta que cualquier forma de eutanasia o marco legislativo que rodee tal práctica no solo no tendría fundamento legal bajo la Convención, sino que también sería contrario al derecho fundamental de la Convención, que es el derecho a la vida.

Más información: hudoc.echr.coe.int

4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.

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

I.- SALUD PÚBLICA.

- Nulidad de Decreto 47/21, de 14 de diciembre, del Lehendakari por el que se amplía la exigencia de certificado COVID digital de la UE establecidos por Orden de 17 de noviembre de 2021 de la Consejera de Salud.

[STSJ País Vasco de 20 septiembre, nº 400/2022, rec. 1048/2021.](#)

Ramón se recurre en vía de protección de derechos fundamentales, el Decreto 47/21, de 14 de diciembre, del Lehendakari por el que se amplía la exigencia de certificado COVID digital de la UE establecidos por Orden de 17 de noviembre de 2021 de la Consejera de Salud.

Los nuevos ámbitos en los que se exige por Decreto la exhibición del certificado COVID son los siguientes:

1.- Salas de conciertos y salas multiusos u otros espacios habilitados cerrados cuando se realicen conciertos, festivales musicales y otros acontecimientos culturales y artísticos.

2.- Establecimientos de hostelería y restauración, incluidos salones de banquetes cuando se realicen actividades con posibilidad de baile, independientemente del número de asistentes.

3.- Polideportivos, gimnasios y otros espacios interiores donde se practica actividad física y/o deportiva, tanto para deportistas como acompañantes y público.

4.- Instalaciones deportivas cerradas, tales como estadios, frontones o similares, cuando se celebren competiciones con un sistema de control de acceso (tiquets, abonos, invitación y similares) y una asistencia superior a 100 personas.

5.- Centros hospitalarios y centros sociosanitarios así como centros penitenciarios: personas que visitan a pacientes ingresados o residentes.

La demanda se basa en alegar que se han incumplido los trámites de aprobación de disposiciones generales, lo que infringe los arts. 9 y 103.1 CE; nulidad por regular materias reservadas a la ley; se violan datos personales sanitarios y se revelan convicciones; se vulnera el derecho de igualdad; y se vulneran las libertades ideológica y de circulación, intimidad, vida familiar y supone una sanción encubierta por no vacunarse que carece de cobertura legal.

La Sala concluye que hay más argumentos en contra que a favor de la ampliación de la medida cuestionada por el recurrente de forma tal que no tendría suficiente motivación.

Desde el punto de vista de la proporcionalidad, ciertamente, el Tribunal Supremo (entre otras, en sentencia de 14 de septiembre de 2021) que la incidencia de la medida en los derechos a la igualdad y a la intimidad es tenue.

Ahora bien, en este caso, aún siendo tenue tal afección a dichos derechos, lo cierto es que la resolución no está suficientemente justificada con lo que la afectación a derechos fundamentales, no siendo profunda, no sería proporcionada.

Añadiremos que, desde el punto de vista del derecho de la Unión, la utilización del denominado pasaporte Covid para usos distintos de facilitar la libre circulación entre Estados miembros no está contemplada por el Reglamento (UE) 201/953.

Más información: poderjudicial.es

II.- MENORES DE EDAD Y VIOLENCIA

- **Constitucionalidad del párrafo segundo del art. 156 del CC: tratamiento psicológico del menor y capacidad de decidir de un solo progenitor por violencia del otro progenitor.**

STC 106/2022 de 13 Septiembre Rec. 5570/2021.

Se desestima el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por más de cincuenta diputados del Grupo Parlamentario Vox del Congreso de los Diputados contra los apartados décimo y decimonoveno del artículo 2 de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, y se da una nueva redacción a los arts. 94 párrafo cuarto y 156 párrafo segundo CC.

El párrafo segundo del artículo 156 CC, en la redacción que le otorga la reforma operada por la Ley 8/2021, tiene la siguiente redacción: *“Dictada una sentencia condenatoria y mientras no se extinga la responsabilidad penal o iniciado un procedimiento penal contra uno de los progenitores por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual de los hijos o hijas comunes menores de edad, o por atentar contra el otro progenitor, bastará el consentimiento de este para la atención y asistencia psicológica de los hijos e hijas menores de edad, debiendo el primero ser informado previamente. Lo anterior será igualmente aplicable, aunque no se haya interpuesto denuncia previa, cuando la mujer esté recibiendo asistencia en un servicio especializado de violencia de género, siempre que medie informe emitido por dicho servicio que acredite dicha situación. Si la asistencia hubiera de prestarse a los hijos e hijas mayores de dieciséis años se precisará en todo caso el consentimiento expreso de estos”*.

La Sala:

a) Descarta que la atribución por dicho precepto a uno de los progenitores de la facultad de decidir —en los supuestos que dicho precepto establece— sobre la atención y asistencia psicológica de los hijos e hijas menores de edad, informado previamente a otro progenitor, sea contrario al principio de exclusividad jurisdiccional (art. 117.3 CE), máxime cuando dicha decisión no está exenta del control judicial.

b) Ni se advierte, ni se argumenta por los recurrentes, que la atribución a uno de los progenitores de la decisión de que el menor sea asistido y atendido psicológicamente, informando previamente al otro, en los supuestos que el precepto establece — caracterizados por un claro enfrentamiento y hostilidad entre ambos progenitores—, y por tanto, por la dificultad de alcanzar un acuerdo, sea irrazonable, desproporcionada, arbitraria, o contravenga el interés del menor (art. 39 CE).

Voto particular formulado por doña María Luisa Balaguer Callejón, el magistrado don Juan Antonio Xiol Ríos y la magistrada doña Inmaculada Montalbán Huertas, a la sentencia dictada en el recurso de inconstitucionalidad núm. 5570-2021, por ausencia de enfoque feminista en la sentencia del Pleno.

Los magistrados discrepantes defienden que el argumento empleado por la mayoría se aparta de toda lógica condicional, que ignora la perspectiva de género. No se nombra la violencia contra la mujer y no se considera que las medidas controvertidas tengan por finalidad no solo la protección de los hijos e hijas que viven sometidos a situaciones de violencia directa o indirecta, sino la protección de sus madres que pueden sufrir, a través del trato que los padres dispensan a los menores, situaciones de violencia vicaria en distinto grado de intensidad.

Más información: hj.tribunalconstitucional.es

III.- RRHH

- **Valoración de los servicios sanitarios prestados en Residencias de Mayores.**

STS 1282/2022, 13 de Octubre de 2022.

Hechos:

Por resolución de 23 de septiembre de 2014 se convocó la constitución de una bolsa de trabajo en la Categoría de Enfermero/a y para Unidades de Especiales Características, para cubrir plazas básicas de personal estatutario temporal en las Instituciones Sanitarias del Servicio Extremeño de Salud.

A esa convocatoria concurrió la interesada que alegó como mérito su experiencia de enfermera en la Residencia Geriátrica Virgen de la Montaña II, de titularidad privada e inscrita en el Registro de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios.

Cuestión de interés casacional:

La cuestión de interés casacional objetivo se centra en juzgar si los servicios sanitarios prestados en residencias de mayores pueden considerarse prestados en "institución sanitaria", si las residencias son de titularidad pública, o si también los prestados en las de titularidad privada pueden serlo pues los servicios sanitarios que en ellas se prestan se insertan en un sistema general y organizado, como es la red pública de residencias de mayores.

Juicio de la Sala:

La resolución de lo planteado en el auto de admisión no depende de la titularidad de una residencia de mayores, sino que viene determinada por la actividad sanitaria que allí se realiza. Por tanto, la unidad de asistencia médica de una residencia de mayores puede tenerse, a esos efectos, como "institución sanitaria" porque en ella se presta una "actividad sanitaria" definida en el artículo 2.1.d) del Real Decreto 1277/2003, de ahí que sea un "servicio sanitario" sólo que prestado fuera de un "centro sanitario".

A las unidades de asistencia sanitaria de residencias de mayores de titularidad privada, permanentes, organizadas y adecuadamente dotadas con personal cualificado y medios, cabe entenderlas integradas en el sistema y organización de esas residencias. Cabe también que formen parte de la oferta asistencial de "centros sanitarios", en cuyo caso la idea de "sistema general y organizado" tendría otro alcance.

En consecuencia y a los efectos del artículo 93.1 de la LJCA, concluimos que los servicios sanitarios prestados en residencias de mayores pueden considerarse prestados en "institución sanitaria", ya sean residencias de titularidad pública o privada.

Aplicación al caso:

Trasladando este planteamiento al caso en cuestión, lo relevante es que a los efectos del mérito evaluable según el Pacto el trabajo allí realizado es valorable al prestarse en una "institución sanitaria", por lo que se desestima el recurso de apelación interpuesto por el SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD.

Más información: poderjudicial.es

- **Cuestión casacional: conversión de personal estatutario eventual a nombramiento de personal interino o de sustitución.**

ATS de 22 de septiembre 2022, nº rec. 7539/2021.

Declarar que la cuestión planteada en el recurso que presenta interés casacional objetivo para la formación de la jurisprudencia consiste en determinar si el procedimiento de regularización del personal estatutario temporal eventual que ha concatenado nombramientos por un periodo acumulado de 12 o más meses en un periodo de 2 años, mediante el cambio en la modalidad de su nombramiento a personal estatutario temporal interino o de sustitución, supone una vulneración de los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad por no contemplar al personal inscrito en la Bolsa de Empleo como demandante de empleo.

Más información: poderjudicial.es

- **Valoración de servicios profesionales prestados a un hospital público como socio de una mercantil a través de contrato público.**

STS de 28 de septiembre de 2022, nº 1204/2022, rec. 7774/2020.

En el presente caso se discute la naturaleza del trabajo realizado por un anestesista en un hospital público que fue por razón de la adjudicación del servicio de anestesiología y reanimación a la mercantil Malog Rioja SL el día 1 de agosto de 2014, que fue publicada en el BOE nº 233/2014, con la que otra mercantil de la que el actor era socio y administrador único, Anajar Servicios Médicos SL Profesional, contrataba los servicios médicos prestados por éste". Se trata de determinar si los servicios prestados por el recurrente son susceptibles de ser valorados como prestados en un centro público - apartado 9.1 del baremo- a razón de 0,25 puntos por mes completo, o si han de serlo como prestados en un centro privado -apartado 9.5 del baremo- a razón de 0,10 puntos por mes completo.

El TS declara que a los efectos de baremación de méritos en los procesos selectivos convocados por los Servicios de Salud, pueden ser considerados como servicios sanitarios los servicios efectivos prestados en un centro público en la categoría/especialidad que corresponda, aunque el título en cuya virtud se presten sea el de socio y administrador único de una sociedad limitada profesional contratada por una sociedad limitada adjudicataria de contrato de gestión de servicio público licitado por una fundación pública (FJ 5-6).

Más información: poderjudicial.es

- **Continua localización de los funcionarios de los servicios de Medicina Legal en servicios de guardia de disponibilidad: no es tiempo de trabajo.**

STS de 22 de septiembre de 2022, nº 1177/2022, rec. 6685/2020.

La cuestión respecto la que se entiende, en principio, que existe interés casacional objetivo es la referida a:

"Determinar si debe considerarse dentro del tiempo de trabajo la condición de continua localización de los funcionarios de los servicios de Medicina Legal en servicios de guardia de disponibilidad, con independencia del tiempo dedicado a la prestación efectiva de servicios, a la vista de los pronunciamientos del Tribunal de Justicia de la Unión Europea sobre la Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 4 de noviembre de 2003, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo."

La sentencia recurrida considera que la disponibilidad en periodo de guardia es siempre tiempo de trabajo, al ser de continua localización, aunque no haya prestación efectiva del servicio.

El TS fija como doctrina jurisprudencial que no debe considerarse dentro del tiempo de trabajo la condición de continua localización de los funcionarios de los servicios de Medicina Legal en servicios de guardia de disponibilidad, con independencia del tiempo dedicado a la prestación efectiva de servicios, a la vista de los pronunciamientos del TJUE sobre la Directiva europea relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, pues no se somete a limitaciones adicionales intensas, ya que ni se limita el lugar en el que debe estarse durante dichas guardias, ni se señala la frecuencia de las intervenciones, ni el plazo de respuesta en que han de realizarse, ni cualesquiera otras limitaciones concretas más allá de la genérica alusión a la penosidad de la guardia o a la inmediatez de la respuesta (FJ 5 y 7).

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

- **Fecha de disfrute de vacaciones de personal estatutario procedente de otro Servicio de Salud.**

STSJ Galicia de 5 de octubre de 2022, nº 719/2022, rec. 153/2022.

El interesado forma parte, como celador, de la plantilla de personal del Hospital Lucus Augusti de Lugo, desde el 27 de noviembre de 2020, situación a la que accedió por concurso, procedente del Servicio de Salud de Aragón, donde ocupaba plaza definitiva. Permaneció durante el año 2020 de baja por incapacidad temporal entre el 5 de febrero y el 25 de noviembre de dicho año, fecha esta en la que causó alta.

El 26 de noviembre de 2020 cesó en su anterior destino en Aragón para incorporarse a su actual plaza en la comunidad Autónoma de Galicia. El plazo posesorio era de un mes, por lo que tomó posesión en su nuevo y actual destino el 26 de diciembre de 2020.

En esa misma fecha solicitó la concesión de las vacaciones correspondientes al año 2020 a partir del día 27 de diciembre de 2020 con extensión al siguiente año natural (2021).

Dicha pretensión le fue denegada concediéndosele las vacaciones tan solo para los días 27 al 31 de diciembre de 2020, al entender la Administración que desde el 26 de noviembre de 2020, día siguiente al de haber obtenido el alta médica, bien pudo haber disfrutado el período vacacional pretendido, en lugar de hacer uso del plazo posesorio de un mes otorgado con motivo de su traslado a la Comunidad gallega.

La Sala no comparte esta argumentación, pues no cabe exigirle al interesado algo que la legislación no prevé “El hecho de que la solicitud del actor haya sido deducida un mes después de obtener el alta médica, no determina su extemporaneidad ni implica una dejación de derechos por parte del interesado. Ninguna normativa contempla un límite temporal para el ejercicio del derecho al disfrute vacacional por parte del personal sanitario· (...)

Asimismo pone de manifiesto los distintos fines a los que responde el plazo posesorio y el período vacacional:

“No puede acoger esta Sala la argumentación de la Administración demandada referente a que el demandante debió aprovechar el plazo posesorio de un mes para disfrutar durante él de su período vacacional. No cabe exigir esa solución al recurrente. El período vacacional y el plazo posesorio responden a distintos fines; el primero, como queda dicho, para procurar el necesario descanso a que todo trabajador tiene derecho por razones de salud y al que no puede renunciar; el segundo, cumple el objetivo de facilitar a quien cambia de destino, y más cuando se trata de distinta y alejada comunidad de la de procedencia, la adecuada gestión para la búsqueda de domicilio y la cobertura de las demás necesidades inherentes a todo traslado. No es de recibo pretender que el demandante solape un período con el otro”.

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

IV.- REINTEGRO DE GASTOS SANITARIOS.

- Tercero obligado al pago: facturación por asistencia prestada a neonata en centro público derivada de centro privada, siendo la madre mutualista de MUFACE.

STSJ Illes Balears de 21 de septiembre, nº 567/2022, rec. 378/2021.

Se discute si resultan procedentes las liquidaciones giradas por el IB-SALUT a la aseguradora DKV, como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a la niña neoata, derivada desde la clínica privada en la que tuvo lugar el parto, un total de 172.257,65 € por el período de 106 días de ingreso hospitalario. La madre es beneficiaria de MUFACE, y tiene concertada la asistencia sanitaria con la referida aseguradora.

Por decisión facultativa, el mismo día del nacimiento la menor es derivada a los servicios de urgencias de un hospital público. El 13.02.2014, estando ingresada la menor en el centro sanitario público, la entidad DKV ofrece a los padres su derivación y asistencia a otra Clínica concertada, lo que es declinado por éstos que deciden inscribir el mismo día a la menor como beneficiaria del derecho a la asistencia sanitaria pública del padre, afiliado de la Seguridad Social.

El INSS inscribe a la menor como beneficiaria en la indicada fecha y expide documento acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud. El IBSALUD expide tarjeta sanitaria a favor de la menor.

La menor continuó atendida en el mismo hospital público hasta su fallecimiento.

La sentencia de instancia considera ajustada a Derecho la reclamación de la Administración por aplicación del principio de continuidad asistencial, previsto en el Concierto entre MUFACE y DKV en los siguientes términos:

“cuando el beneficiario haya acudido a medios no concertados a consecuencia de una denegación de asistencia ocasionada por que la entidad no ha ofrecido una alternativa asistencial válida en los plazos establecidos en la cláusula 5.2.1, o porque haya autorizado la remisión a un facultativo centro concertado, la entidad debe asumir, sin exclusiones, los gastos ocasionados por el proceso asistencial hasta el alta del mismo.”

Por el contrario, la aseguradora DKV alega que la neonata nunca fue beneficiaria de MUFACE, sino que fue inscrita como beneficiaria del derecho a la asistencia sanitaria pública del padre, afiliado de la Seguridad Social. Y que, en aplicación de lo previsto en el art. 15,3º del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, MUFACE -a través de DKV- únicamente está obligada a la prestación sanitaria al no beneficiario "durante los primeros quince días desde el momento del parto". Se solicita que la factura se expida únicamente por los gastos generados entre el 10 y el 13 de febrero de 2014, subsidiariamente, por los generados durante los primeros 15 días desde el momento del parto.

La discrepancia radica en determinar si esta obligatoriedad de abono se extiende durante todo el período de ingreso y hasta el alta (en aplicación del principio de continuidad en la atención sanitaria) o, por el contrario, rige el régimen excepcional de asistencia obligatoria al recién nacido y por parte de la entidad que atiende a la madre, pero hasta el plazo máximo fijado en la normativa en materia de mutualismo administrativo, los 15 días.

Criterio de la Sala:

“Por lo anterior, entendemos que el principio de continuidad en la asistencia sanitaria, que obliga a la MUFACE o Entidad que acuerda derivar la asistencia a centro público a asumir los costes de hospitalización hasta el alta, lo es para aquellos supuestos en que afecta a un beneficiario de MUFACE. Pero repetimos que la menor nunca fue beneficiaria de MUFACE, por lo que la cobertura de ésta o la Entidad concertada, únicamente se extiende durante los primeros 15 días impuestos por el 15,3º del mismo RDL 4/2000 y cláusula 1.3.2 del Convenio.”

Más información: poderjudicial.es

- **Tratamiento de reproducción humana asistida: cumplimiento de 40 años de edad en la fecha de inicio del estudio de esterilidad.**

STSJ Castilla y León de 4 de octubre de 2022, nº 1079/2022, rec. 1044/2021.

La controversia se ciñe a dilucidar si conforme al Concierto vigente durante los años 2018 y 2019, la exigencia de tener menos de 40 años es requisito indispensable para que la entidad aseguradora cubra los gastos necesarios tanto para el momento de inicio del estudio de fertilidad como para el de inicio de tratamiento de reproducción asistida.

El estudio de esterilidad se inició cuando la recurrente tenía 39 años y que, por tanto, los gastos generados por dicho estudio deben ser sufragados por su aseguradora; en cambio la recurrente no ha acreditado que el tratamiento de Fecundación in Vitro (FIV) se prescribiese antes de ese año en que cumplía 40 años.

La Sala desestima el recurso de la interesada, pues “*La prescripción del tratamiento de Reproducción Humana Asistida debe haber sido realizada con anterioridad al día en que la mujer cumpla los años que se ha establecido como edad límite para tener derecho a la financiación en cada una de las técnicas*”.

Más información: poderjudicial.es

- Infarto en sala de espera de un centro sanitario privado.

STSJ de Madrid nº 559/2022 de 12 septiembre.

El demandante cuando se encontraba en la sala de espera de una consulta en el Hospital Nuestra Señora de América, sufrió un empeoramiento, ingresado en urgencias del citado hospital y permaneciendo en la UCI. Estabilizado el paciente es ingresado en planta. Tras diversas pruebas y estudios sin recibir el alta, es intervenido el día 31/10/2019, siéndole implantado un desfibrilador automático implantable DAI por diagnóstico de cardiopatía isquémica crónica, episodio sincopal. Con bloqueo de rama izquierda. Y diagnóstico secundario miocardiopatía dilatada isquémica con disfunción ventricular severa. Oclusión crónica de CD.

El demandante, que sufría patología cardíaca previa, venía siendo tratado en el Servicio Público de Salud, siendo periódicamente tratado y continuando su seguimiento como con anterioridad al episodio sufrido, en el Hospital Público Ramón y Cajal de Madrid.

El demandante solicita del Servicio Madrileño de Salud reintegro de gastos médicos derivados de la asistencia y tratamiento recibido en el Hospital Nuestra Señora de América por importe de 29.000 euros.

La Administración deniega su solicitud por haber acudido a la medicina privada, pudiendo haber acudido a un centro adscrito al Sistema Nacional de Salud.

La Sala considera procedente el reintegro de gastos solicitados en atención al carácter imprevisto del suceso:

“La única causa por la que el demandante ingresó en un hospital privado, fue como consecuencia de un imprevisto y sobrevenido síncope cardíaco, en la sala de espera del hospital privado, que determinó con carácter de extrema urgencia le fuera practicada quirúrgica necesaria 6 días después, tras permanecer en la UCI para su estabilización, una vez realizadas las pruebas médicas necesarias para poner a salvo su vida.”

El hecho de presentar antecedentes cardíacos evidencia la necesidad de realizar una pronta intervención:

“La urgencia vital no puede quedar desvirtuada por el hecho que tuviese antecedentes cardíacos previos pues esta circunstancia viene a confirmar el agravamiento de las lesiones cardíacas y la necesidad de que la intervención se llevase a cabo de manera inmediata”.

Por todo lo anterior no hubo un abandono voluntario de la sanidad pública.

Más información: poderjudicial.es

V.- DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

- **Convenio Colectivo de Transporte Sanitario:** no procede reducción de complemento salarial de asistencia y puntualidad en casos de reducción de jornada por guarda legal.

STS nº 795/2022, de 4 de octubre, rec. 574/2019.

Se discute si en los casos de reducción de jornada por guarda legal procede aplicar la disminución proporcional del complemento salarial de asistencia y puntualidad que perciben las personas trabajadoras de la empresa.

El citado complemento de asistencia y puntualidad está regulado en el artículo 18 del Convenio colectivo de trabajo para empresas y trabajadores/as de enfermos y accidentados en ambulancia (transporte sanitario).

El complemento se establece "con el fin de incentivar la asistencia y el cumplimiento del horario", y está compuesto por una prima de asistencia, que es el 50 por ciento del complemento, y otra de cumplimiento de horario, que es el otro 50 por ciento del complemento. La cuantía del complemento, correspondiente a un mes completo de trabajo, es de 110 euros. Para tener derecho a la prima de asistencia, el trabajador/a no puede haber faltado al trabajo ningún día del mes en el que se debería haber realizado el trabajo. Para tener derecho a la prima de cumplimiento horario, el trabajador/a no puede haber llegado tarde, ni salir antes de la hora, ningún día del mes en que debiera haber desarrollado el trabajo.

En consecuencia, se comprueba que el complemento de asistencia y puntualidad no depende en modo alguno del tiempo trabajado, ni de la mayor o menor jornada realizada por la persona trabajadora. En efecto, el complemento se adquiere si no se falta al trabajo y si no se llega tarde ni se sale antes de la hora establecida (...) por lo que carece de sentido reducir su cuantía en función de si la persona trabajadora tiene jornada reducida por guarda legal.

Más información: poderjudicial.es

VI.- ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

- **La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia.**

Nuestra sociedad envejece, lo que conlleva una mayor presencia de enfermedades crónicas, dependencia y los necesarios cuidados personales de quienes las padecen. Para estos pacientes, el logro de una asistencia sociosanitaria integral, sobre todo en el medio rural, requiere, entre otras cuestiones, de una adecuada coordinación y planificación de los servicios sanitarios y sociales, lo cual se ha puesto de manifiesto, más aún si cabe, con la irrupción de la pandemia del COVID.

Más información: revistasonline.inap.es

VII.- MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

- Alimentos para usos médicos especiales.

STJUE 27-10-2022, nº C-418/21

El artículo 2, apartado 2, letra g), del Reglamento (UE) n.º 609/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de junio de 2013, relativo a los alimentos destinados a los lactantes y niños de corta edad, los alimentos para usos médicos especiales y los sustitutivos de la dieta completa para el control de peso y por el que se derogan la Directiva 92/52/CEE del Consejo, las Directivas 96/8/CE, 1999/21/CE, 2006/125/CE y 2006/141/CE de la Comisión, la Directiva 2009/39/CE del Parlamento Europeo y del Consejo y los Reglamentos (CE) n.º 41/2009 y (CE) n.º 953/2009 de la Comisión, y, en particular el concepto de «otros nutrientes determinados clínicamente», deben interpretarse en el sentido de que un producto constituye un alimento para usos médicos especiales si la enfermedad conlleva exigencias nutricionales mayores o específicas que el alimento en cuestión debe cubrir, de modo que no basta, a efectos de tal calificación, con que el paciente obtenga un beneficio general de la ingesta de dicho alimento porque las sustancias que contiene contrarresten el trastorno o alivien los síntomas.

Más información: aemps.gob.es

- Acto de dispensación de medicamentos sin aportar la documentación exigida: cuadro sancionador del TRLGURM.

ATS 22-09-2022, rec. 4838/2021.

Concurre interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia a efectos de precisar:

(i) si cuando se dispensa un fármaco por no aportarse la documentación exigida (recetas), o aportándola, esta sea inadecuada, o si el acto de dispensación no se registre por la farmacia debidamente, tal actuación es un acto de dispensación sujeto al régimen sancionador de la normativa estatal sobre medicamentos por infracción del artículo 86 del R.D. legislativo 1/2015, de 24 de julio por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, o por el contrario es un acto sujeto al régimen sancionador de la normativa autonómica sobre ordenación farmacéutica; y,

(ii) y en caso de que se considere aplicable el TRLGURMPS se determine si el plazo de caducidad del procedimiento sancionador corresponde al plazo de tres meses del art. 21.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre en virtud del art. 14 y 149.1.18 CE por la remisión al Procedimiento Administrativo Común contenida en el art. 110.4 del R.D. legislativo 1/2015, de 24 de julio por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, o al plazo que prevea la normativa autonómica para ese tipo de procedimientos.

Más información: poderjudicial.es

- Cálculo del coste de medicamentos no equipotentes.

ATS 06-10-2022, rec. 7091/2021.

La cuestión en la que entendemos que existe interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia es la siguiente: si para los medicamentos no equipotentes (los que consiguen más eficacia con menos dosis de principio activo) al resto de fármacos de su conjunto de referencia, en el cálculo del coste/tratamiento/día debe estarse a las dosis diarias definidas (DDD) de forma genérica para los principios activos por la Organización Mundial de la Salud, o a la dosis diaria definida que fije específicamente el órgano competente en materia de financiación pública y de fijación de precio de medicamentos y productos sanitarios del Ministerio de Sanidad, atendiendo al coste del tratamiento diario real.

Más información: poderjudicial.es

- Bloqueo de sitio web de venta de medicamentos ilegales.

STS nº 1231/2022, de 3 de octubre, nº rec. 6147/2021.

Ilegalidad de la oferta para obtener los medicamentos "mifepristone" y "misoprostol" por vía telemática en la sección "Necesito un aborto" del sitio web de WOW. Se trata de medicamentos cuya comercialización no está permitida en España; que, en todo caso, no cabe la comercialización telemática de medicamentos, ni de aquéllos que no disponen del sello de la Unión Europea; y que la calificación como "donación" de la contraprestación pedida por el envío de los medicamentos no deja de ser una simulación.

Lo que se discute es si la interrupción del acceso a un sitio web requiere autorización judicial.

Según el TS la Administración sí podría bloquear los accesos a un sitio web dedicado a la oferta de medicamentos ilegales, siempre que concurra alguno de los supuestos legalmente habilitantes para ello. Añade que cualquiera que sea la autoridad que ordene la interrupción, esta debe respetar el principio de proporcionalidad y, si es técnicamente posible, limitarse a aquella sección donde se recoge la actividad, información o expresión ilegales (FJ 8-13).

Más información: poderjudicial.es

VIII.- COVID

- Informe Especial19/2022: Adquisición de vacunas contra el COVID-19 en la UE -

La UE inició su estrategia de adquisición de vacunas en junio de 2020. Al final de 2021, había firmado contratos por valor de 71 000 millones de euros que garantizaban hasta 4 600 millones de dosis. Concluimos que la UE garantizó una cartera diversificada de vacunas para los Estados miembros, aunque inició su proceso de adquisición más tarde que el Reino Unido y los Estados Unidos. Los contratos firmados en 2021 contienen disposiciones más estrictas sobre cuestiones clave que los firmados en 2020. Constatamos que la capacidad de la Comisión para superar las dificultades del suministro era limitada y que no está claro en qué medida influyó en el aumento de la producción de vacunas. Nuestras recomendaciones se centran en la necesidad de extraer lecciones y realizar ejercicios para poner a prueba el marco actualizado de preparación ante pandemias de la UE

Más información: eca.europa.eu/es

IX.- CONTRATACIÓN PÚBLICA

- **Exclusión. Acuerdo marco de suministro previsto en el artículo 16.3 a) de la LCSP. Adjudicación por precios unitarios. Oferta excluida por superar los precios unitarios de determinados lotes que conforman la agrupación. Doctrina sobre la cuestión. Se concluye que en supuesto de que el precio de licitación se fije por precios unitarios, los mismos se asimilan al presupuesto de licitación a efectos del rechazo de la oferta por su superación. Art. 139.1 de la LCSP y 84 del RGLCAP. Exclusión correcta.**

Resolución nº 331/2021 del Tribunal Administrativo de Recursos Contractuales de la Junta De Andalucía, de 16 de Septiembre de 2021.

Teniendo en cuenta que el sistema de determinación del precio queda configurada de forma clara por precios unitarios, y aunque no se indique de modo taxativo en el PCAP la exclusión por su superación, este Tribunal considera que un licitador razonablemente informado y normalmente diligente debe conocer que su oferta no puede exceder en ningún caso los precios unitarios establecidos ya que a estos efectos se entienden asimilables al presupuesto de licitación cuya superación supone causa de exclusión que sí queda recogida en el apartado 7 del PCAP y en el artículo 84 del RGLCAP.

Más información: juntadeandalucia.es

X.- RESPONSABILIDAD SANITARIA

- Daño moral por omisión de consentimiento informado.

STSJ Castilla y León nº 1080/2022, de 4 de octubre, rec. 61/2021.

No consta firmado por el recurrente el documento de consentimiento informado de la intervención quirúrgica para safenectomía interna a que fue sometido y que la neuropatía del safeno o lesión del nervio safeno interno es una complicación posible y típica de la intervención de varices.

No cuestiona el recurrente que esta sea una complicación posible de esta intervención, pero sostiene que no se le explicó que pudiera ocurrir ni posibles alternativas terapéuticas.

Si bien tanto la intervención quirúrgica como la técnica empleada eran necesarias y adecuadas para el caso concreto, subsiste la duda de que el recurrente fuera debidamente informado de las consecuencias que podían derivarse de la operación, que después se materializaron, y de las otras posibles alternativas terapéuticas, por lo que procede la fijación de una indemnización atendiendo al criterio jurisprudencial conforme al cual no se indemniza el resultado dañoso derivado de la complicación posible de la intervención quirúrgica realizada, dado que esta se realizó conforme a la *lex artis*, sino el daño moral que se ha ocasionado al recurrente.

Más información: poderjudicial.es

XI.- PROFESIONES SANITARIAS

- Contrato de trabajo temporal de interinidad con médico extracomunitario con título de especialista en Oftalmología.

STSJ de Castilla-La Mancha nº 01420/2022 de 22 de Julio.

En la Cláusula Adicional 1ª del contrato se establecía *“En atención al carácter excepcional y transitorio de este contrato, será también causa de finalización del mismo la incorporación, incluso temporal, de un Médico con el título de Especialista en Ciencias de la Salud de la categoría y plaza correspondiente, que tenga la condición de ciudadano de la Unión Europea o de estar incluido En el ámbito de aplicación de los Tratados Internacionales celebrados por la Unión Europea y ratificados por España en los que sea de aplicación la libre circulación de trabajadores, así como su cónyuge, sus descendientes y los de su cónyuge cuando sean menores de 21 años o mayores de edad dependientes. Asimismo, el contrato quedará condicionado al mantenimiento de la autorización de trabajo, quedando obligado el trabajador a realizar todos los trámites correspondientes para ello”*.

El 16 de septiembre de 2021 se entrega personalmente al actor comunicación por la que se acuerda *denunciar el fin de contrato laboral de interinidad* debido a que se cuenta con personal que reúne los requisitos establecidos en el art. 30.5 de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los servicios de salud.

Lo que dice la Sentencia:

- 1.- Es posible incorporar a personal sanitario con contrato laboral para prestar servicios en centros sanitarios públicos.
- 2.- Debe aplicarse la legislación laboral para enjuiciar la legalidad del cese.
- 3.- Aplicación al caso en cuestión de la STS (Social) de 23 enero de 2020.

La referida STS declara que existe despido improcedente cuando no se produce la cobertura de la vacante, sino la sustitución de un interino (médico no especialista) por otro (médico especialista), por lo que no puede hablarse de una válida extinción del contrato ya que la vacante persiste y la finalización del contrato no es imputable al trabajador, que no debe soportar las consecuencias (FJ 2).

4.- Cláusula de cese discriminatoria por razón de la nacionalidad, sin que esté prevista en el ETT.

En el caso en cuestión el interesado sí que poseía el título de especialista pero no el requisito de la nacionalidad.

5.- Consecuencias: despido improcedente.

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

XII.- PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

- Inspección de Hacienda y acceso a datos de pacientes de una clínica dental.

STSJ de Canarias nº 157/2021 de 4 Febrero Rec. 11/2020.

Considera la sociedad demandante que la actuación inspectora vulneró la normativa de protección de datos personales, al acceder a los de los pacientes de la clínica.

El TEAR alega que se aseguró especialmente de que no fuera revelado dato alguno susceptible de desvelar los tratamientos recibidos por los pacientes de la clínica dental actora, entre otras razones porque *"tales datos no eran relevantes a los efectos del procedimiento inspector, aunque sí lo eran el número de pacientes, el importe abonado por los tratamientos recibidos... de ahí que sí fuera relevante contar con un listado de pacientes (aun con los datos blanqueados) para así poder obtener, de forma lo más fiable posible, los ingresos obtenidos por la Sociedad en los ejercicios inspeccionados."*

Subraya, asimismo, *"que tal recopilación de datos se hizo necesaria por la falta de colaboración de la Sociedad, que se negó obstinadamente a facilitar a la Inspección la documentación solicitada. Documentación que sólo fue obtenida, de forma parcial y sesgada, tras la criticada entrada en su domicilio..."*.

La Sentencia estima el recurso interpuesto por la sociedad haciéndose eco del informe emitido por la AEPD nº 242/2010; en dicho informe la AEPD concluye que la comunicación o acceso a los datos de la historia clínica con finalidad de control del cumplimiento de la normativa fiscal por los profesionales que atendieron al paciente, no tendría cabida en las previsiones del artículo 7.3 de la LOPD, salvo consentimiento expreso del afectado.

Más información: poderjudicial.es

5.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

DERECHO SANITARIO

- De la cirugía oncológica a la oncología quirúrgica en 2021.

Ferrero Herrero, Eduardo.

Más información: dykinson.com

II.- Formación

DERECHO SANITARIO

- IMPLICACIONES LEGALES EN LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA (10 horas). Solicitada acreditación CFC.

13ª edición: 14 al 17 de noviembre de 2022, de 09.30 a 12 h.

Más información: codem.es

-

- LA LEY BÁSICA NACIONAL SOBRE DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE EN MATERIA DE INFORMACIÓN. LA HISTORIA CLÍNICA. Solicitada acreditación CFC.

9ª edición: 21 y 22 de noviembre de 2022, de 09.30 a 12 h.

Más información: codem.es

- ENFERMERÍA Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN SALUD MENTAL. Solicitada acreditación CFC.

10ª edición: 23 y 24 de noviembre de 2022, de 09.30 a 12 h.

Más información: codem.es

- LA ENFERMERÍA ANTE EL INTRUSISMO. Solicitada acreditación CFC.

11ª edición: 29 y 30 de noviembre de 2022, de 09.30 a 12 h.

Más información: codem.es

- **ENFERMERÍA Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 12 (5 horas).** Solicitada acreditación CFC.

12ª edición: 1 y 2 de diciembre de 2022, de 09.30 a 12 h.

Más información: codem.es

- **REGULACIÓN DE LA EUTANASIA: INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (5 horas).** Solicitada acreditación CFC.

9ª edición: 12 y 13 de diciembre de 2022.

Más información: codem.es

- **EL SECRETO PROFESIONAL EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL (5 horas).**

16ª edición: 14 y 15 de diciembre de 2022, de 09.30 a 12 h.

Más información: codem.es

- **I CONGRESO DE DERECHO FARMACÉUTICO DEL ICAM.**

17 y 18 de noviembre.

Más información: icam.es

- **XXXIII CURSO DE DERECHO SANITARIO 2022 (ON-LINE).** ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DE BARCELONA.

Más información: icab.es

- **V SEMINARIO DE DERECHO SANITARIO “RETOS ACTUALES DE LA CONTRATACIÓN PÚBLICA EN EL ÁMBITO SANITARIO”.**

Sevilla, 29 de noviembre de 2022.

Más información: andaluciamedica.es

-NOTICIAS-

- Médicos del Mundo aborda la cobertura sanitaria universal y la situación de la Atención Primaria tras la covid-19.

Fuente: lavanguardia.com

- Cataluña amplía el aborto voluntario farmacológico hasta las 14 semanas.

Fuente: elmundo.es

- El Supremo rebaja la pena de un hombre que asesinó a su mujer porque el psicólogo de las hijas no fue prescrito por un médico.

Fuente: elmundo.es

- Medicamentos “imprescindibles” en peligro de extinción: cuando la industria pierde interés por un fármaco estratégico.

Fuente: elpais.com

- La cesárea de Nahia fue violencia obstétrica según Naciones Unidas.

Fuente: elpais.com

- Los pacientes se mueven por España, sus datos clínicos no: “A veces tenemos que atenderlos a ciegas”.

Fuente: elpais.com

- Pacientes de Covid persistente denuncian la dificultad y burocracia para acceder a una incapacidad permanente.

Fuente: elpais.com

- Condenan al Sergas a pagar 40.000 euros a la madre de un paciente al que se denegó ingreso psiquiátrico y falleció.

Fuente: europapress.es

- 15 meses de ley de muerte digna: más eutanasia y menos suicidio asistido.

Fuente: elmundo.es

- Proteger al médico garantiza la seguridad del paciente.

Fuente: larazon.es

- SACYL indemniza con 180.000 euros a una paciente tras la amputación de un brazo por mala praxis. Los hechos tuvieron lugar en 2018 y 2019 en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Fuente: cadenaser.com

- La controvertida forma de nombrar pacientes en el hospital de Torre Vieja que se ha hecho viral.

Fuente: lavanguardia.com

- La mayor sociedad de psiquiatras infantiles de España ve "preocupante" la Ley Trans por "poner en riesgo a los niños".

Fuente: elmundo.es

- El Sergas no tendrá que indemnizar a un paciente que perdió un dedo en una operación.

Fuente: niodiario.es

-BIOÉTICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

SOBRE LA BIOÉTICA Y LA PANDEMIA DEL COVID 19. BIOETHICS AND THE COVID 19 PANDEMIC.

- **SEGUNDO SEMESTRE 2021-AÑO VIII-NÚMERO 18 REVISTA EGLE (ISSN-E: 2386-9267). Jesús Manuel Quintero-Febles.**

La pandemia de COVID ha supuesto una revolución en muchos aspectos sociales, económicos y sanitarios. Como consecuencia de la emergencia sanitaria las administraciones públicas y los gobiernos se han visto obligados a tomar decisiones apresuradas para evitar el mayor número posible de muertes. Ante una situación de desbordamiento de los sistemas sanitarios se ha tenido que priorizar recursos, con dramáticas consecuencias en algunos casos. Es precisamente en estos momentos de crisis humanitaria cuando la bioética se hace más imprescindible que nunca, so pena de caer en el utilitarismo extremo. Desde la adjudicación de respiradores, hasta la vacunación obligatoria, el presente trabajo supone una reflexión bioética de las medidas que se han tomado y que se continúan tomando en la actualidad Telemedicina y eSalud: reflexiones desde la bioética.

Más información: revistaegle.com

- **Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI: “Deontología profesional y derecho: límites y alcance de la libertad individual”.**

Tras la mesa redonda y el posterior coloquio, se redactan las siguientes conclusiones aprobadas por la Junta Directiva de AEBI para ser publicadas en la web institucional de la asociación:

Más información: aebioetica.org

- **Consentimiento informado y aspectos legales en la atención al adolescente.**

Las relaciones humanas están cambiando de forma llamativa y esto afecta a las relaciones profesionales directamente. Las relaciones sanitarias entre los profesionales y los pacientes no son ajenas a estos cambios. Entre los factores que han contribuido a ello, están: el reconocimiento de las minorías y los derechos que las acompañan, los nuevos valores sociales (la salud como objeto de consumo), el resurgir de los principios éticos y morales, las normas administrativas relacionadas con la eficiencia, las relaciones entre los compañeros profesionales, los vaivenes de la economía o las circunstancias imprevisibles, como la pandemia COVID-19, etc. La capacidad legal de obrar del adolescente respecto del tratamiento médico, es decir, si dichos menores de edad pueden autorizarlo o rechazarlo por sí mismos constituye, desde una perspectiva ético-legal, una cuestión especialmente compleja. Y ello es así, porque el adolescente es un sujeto que se encuentra precisamente en la fase final del tránsito entre la minoría de edad y la mayoría de edad sanitarias, es decir, entre una capacidad de obrar limitada a una plena capacidad de obrar, equiparable a la de los mayores de edad.

Más información: cdn.pediatriaintegral.es

- **Un registro de objetores al aborto para garantizarlo en hospitales públicos: ¿qué supone para médicos y pacientes?**

Más información: rtve.es

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

I.- Bibliografía

- Bioética en las demencias.

Amo Usanos, Rafael

Más información: repositorio.comillas.edu

- Teoría y práctica de la consultoría en ética clínica. Modelo deliberativo de resolución de conflictos.

Más información: comares.com

II.- Formación

- Curso: introducción a la bioética

La Cátedra de Bioética de la Fundació Grifols-UVIC y el Instituto Catalán de Oncología (ICO) organizan la décima edición del curso "Introducción a la bioética en la práctica multidisciplinar clínica".

Más información: fundaciogrifols.org