



# SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

## BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 207 DICIEMBRE 2022.

Editado por la Secretaría General del Sescam.

ISSN 2445-3994

Revista incluida en Latindex

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

---

### EQUIPO EDITORIAL:

**D. Vicente Lomas Hernández.**

Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

**D. Alberto Cuadrado Gómez.**

Secretaría General. Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

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

# **SUMARIO:**

## **-DERECHO SANITARIO-**

### **1.-LEGISLACIÓN.**

I.-LEGISLACIÓN EUROPEA:	3
II.-LEGISLACIÓN ESTATAL:	3
III.-LEGISLACIÓN AUTONÓMICA:	4
IV.- INICIATIVAS LEGISLATIVAS:	9

### **2.- TRIBUNA:**

#### **1.- FABRICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE TERAPIAS AVANZADAS: ¿UNA OPORTUNIDAD?**

Por: Javier Sánchez Caro.  
Presidente del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha. 10

#### **2.- REGULACIÓN DE LA COMPATIBILIDAD ENTRE PENSIÓN DE JUBILACIÓN Y ACTIVIDAD RETRIBUIDA PARA MÉDICOS DE FAMILIA Y PEDIATRAS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.**

Por: Julián Pérez Charco.  
Coordinador de la asesoría jurídica del área de Albacete (SESCAM). 14

### **3.- LEGISLACIÓN COMENTADA:**

Por: Vicente Lomas Hernández.  
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica (SESCAM). 23

### **4.- SENTENCIA PARA DEBATE :**

#### **- LA CESIÓN DE DATOS SANITARIOS A LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD A LA LUZ DE LA STS (SALA DE LO PENAL) DE 16 DE DICIEMBRE, Nº 971/2022.**

Por: Vicente Lomas Hernández.  
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica. 29

<b><u>5.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.</u></b>	36
--	----

<b><u>6.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.</u></b>	51
--	----

## **-NOTICIAS-**

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de Diciembre de 2022 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética.	52
--	----

## **-BIOÉTICA y SANIDAD-**

<b><u>1.- CUESTIONES DE INTERÉS.</u></b>	54
--	----

<b><u>2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.</u></b>	56
--	----

# **-DERECHO SANITARIO-**

## **1-LEGISLACIÓN**

### **I. LEGISLACIÓN EUROPEA.**

- Reglamento (UE) 2022/2371 del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de noviembre de 2022 sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por el que se deroga la Decisión n.º 1082/2013/UE.

[boe.es](https://boe.es)

- Reglamento (UE) 2022/2370 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de noviembre de 2022, que modifica el Reglamento (CE) n.º 851/2004 por el que se crea un Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades.

[boe.es](https://boe.es)

- Reglamento Delegado (UE) 2022/2239 de la Comisión de 6 de septiembre de 2022 por el que se modifica el Reglamento (UE) n.º 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a los requisitos de etiquetado de los medicamentos de uso humano en investigación y auxiliares no autorizados (Texto pertinente a efectos del EEE).

[boe.es](https://boe.es)

### **II. LEGISLACIÓN ESTATAL.**

- Ley 39/2022, de 30 de diciembre, del Deporte.

[boe.es](https://boe.es)

- Ley 38/2022, de 27 de diciembre, para el establecimiento de gravámenes temporales energético y de entidades de crédito y establecimientos financieros de crédito y por la que se crea el impuesto temporal de solidaridad de las grandes fortunas, y se modifican determinadas normas tributarias.

- Ley 31/2022, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2023.

[boe.es](https://boe.es)

- Real Decreto-Ley 20/2022, de 27 de diciembre, de medidas de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la Guerra de Ucrania y de apoyo a la reconstrucción de la isla de La Palma y a otras situaciones de vulnerabilidad.

[boe.es](https://boe.es)

- Real Decreto 1060/2022, de 27 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.

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

- Real Decreto 1029/2022, de 20 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes.

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

- Orden SND/1195/2022, de 2 de diciembre, por la que se corrigen errores en la Orden SND/1147/2022, de 23 de noviembre, por la que se procede a la actualización en 2022 del sistema de precios de referencia de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud.

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

### **III. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.**

#### **CASTILLA-LA MANCHA.**

- Decreto 125/2022, de 7 de diciembre, de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios en Castilla-La Mancha y de derogación y modificación de otros decretos en materia sanitaria.

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

- Orden 243//2022, de 20 de diciembre, de la Consejería de Igualdad y Portavoz, por la que se regula la estructura, composición y funcionamiento del Servicio de Atención Integral a personas LGTBI.

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

#### **GALICIA**

- Orden de 25 de noviembre de 2022 por la que se publica el Acuerdo de la Mesa Sectorial, de 28 de octubre de 2022, sobre las futuras convocatorias de acceso a los grados de carrera profesional.

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

- Orden de 7 de diciembre de 2022 por la que se crea y regula el Consejo Técnico de Seguimiento y Mejora de la Calidad en el Control Oficial en Salud Pública y se establecen su composición, organización y funcionamiento.

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

- Orden de 12 de diciembre de 2022 por la que se aprueba el Reglamento de orden interno de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de la Comunidad Autónoma de Galicia.

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

## **MURCIA**

- Orden de 18 de noviembre de 2022 del Consejero de Salud, por la que se crea la Comisión Regional para la Estrategia de la Salud Cardiovascular de la Región de Murcia.

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

- Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se aprueba la parte general y específica del temario correspondiente a las pruebas selectivas para el acceso a la categoría estatutaria de Facultativo no Sanitario, opción Superior de Administradores.

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

## **ISLAS CANARIAS**

- Resolución de 19 de diciembre de 2022, de la Secretaria General, por la que se dispone la publicación del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 7 de diciembre de 2022, que autoriza el Acuerdo Administración-Sindicatos sobre los criterios comunes que han de regir en las convocatorias de pruebas selectivas para el acceso a la condición de personal estatutario fijo y de personal laboral fijo de los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud, afectadas por los procesos de estabilización derivados de la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.

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

## **ANDALUCÍA**

- Orden de 19 de diciembre de 2022, por la que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios para el año 2023.

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

- Resolución de 12 de diciembre, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, por la que se establece el marco organizativo para el seguimiento del servicio de transporte sanitario programado y urgente en el servicio andaluz de salud y se crea la comisión autonómica de transporte sanitario.

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

## **CANTABRIA**

- Resolución por la que se dispone la publicación del Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026.

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

## **MADRID**

- Ley 13/2022, de 21 de diciembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.

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

- Ley 11/2022, de 21 de diciembre, de Medidas Urgentes para el Impulso de la Actividad Económica y la Modernización de la Administración de la Comunidad de Madrid.

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

## **CATALUÑA**

- Acuerdo GOV/256/2022, de 6 de diciembre, por el que se modifica el Acuerdo GOV/104/2022, de 24 de mayo, por el que se crea la Mesa del Pacto Nacional de Salud Mental de Cataluña.

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

- Acuerdo GOV/260/2022, de 6 de diciembre, por el que se aprueba el Pacto social contra el estigma y la discriminación de las personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

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

## **ASTURIAS**

- Resolución de 22 de noviembre de 2022, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se regula la composición y régimen de funcionamiento de la Comisión de Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios

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

## **NAVARRA**

- Ley foral 35/2022, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales de Navarra para el año 2023

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

- Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos.

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

- Decreto foral 102/2022, de 16 de noviembre, por el que se establece la estructura de atención primaria de la zona básica de salud de Lezkairu.

[bon.es](https://www.bon.es)

- Orden Foral 469E/2022, de 16 de noviembre, de la consejera de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 12/2016, de 2 de febrero, por la que se establece la estructura de la Dirección Gerencia y de los órganos centrales del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea a nivel de secciones y de unidades no asistenciales.

[bon.es](https://www.bon.es)

- Orden Foral 495E/2022, de 25 de noviembre, de la consejera de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 331E/2022, de 1 de septiembre, de la consejera de Salud, por la que se establece el procedimiento para el acceso a datos de salud anonimizados del Registro de Morbilidad Asistida de Navarra para la realización de estudios de investigación sanitaria.

[bon.es](https://www.bon.es)

## **EXTREMADURA**

- Ley 6/2022, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura para el año 2023.

[doe.es](https://www.doe.es)

- Orden de 13 de diciembre de 2022 por la que se crea y regula la Comisión de Investigación e Innovación en Salud del Servicio Extremeño de Salud.

[doe.es](https://www.doe.es)

- Resolución de 7 de diciembre de 2022, del Vicepresidente Segundo y Consejero, por la que se dispone la publicación del Plan de prevención, actuación y atención a profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura frente a las agresiones.

[doe.es](https://www.doe.es)

- Resolución de 19 de diciembre de 2022, del Vicepresidente Segundo y Consejero, por la que se actualiza el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se incluyen el calendario de vacunación específica en menores y adolescentes.

[doe.es](https://www.doe.es)



## PAÍS VASCO

- Decreto 150/2022, de 7 de diciembre, de la gobernanza sociosanitaria de Euskadi.

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

## VALENCIA

- Ley 9/2022, de 30 de diciembre, de presupuestos de la Generalitat para el ejercicio 2023.

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

- Decreto 203/2022, de 2 de diciembre, del Consell, de regulación del procedimiento de autorización para la realización de estudios observacionales prospectivos con medicamentos de uso humano y de ordenación del Comité Autonómico de Estudios Observacionales Prospectivos de Medicamentos de la Comunitat Valenciana (CAEPO).

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

- Resolución de 9 de diciembre de 2022. del conseller de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se crea y regula la Comisión Técnica de Cirugía Robótica.

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

- Resolución de 1 de diciembre 2022, del conseller de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se crean y regulan, como grupos de trabajo, la Comisión y los Comités departamentales para la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de la Comunitat Valenciana para la atención integral e interdisciplinar a las personas con dolor.

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

## CASTILLA Y LEÓN

- Orden SAN/1734/2022, de 1 de diciembre, por la que se establece para el año 2023 la jornada anual ponderada del personal al servicio de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León que presta servicios en turno diurno con jornada complementaria.

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

- Orden SAN/1735/2022, de 1 de diciembre, por la que se establece para el año 2023 la jornada anual ponderada del personal al servicio de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León que presta servicios en turno rotatorio o en turno fijo nocturno.

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

- Orden PRE/1863/2022, de 16 de diciembre, por la que se aprueba la carta de servicios del programa de detección precoz de enfermedades congénitas en Castilla y León.

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

#### **LA RIOJA**

- Ley 17/2022, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas para el año 2023.

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

- Ley 14/2022, de 23 de diciembre, de Juventud de La Rioja.

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

- Decreto 63/2022, de 28 de diciembre, por el que se regula el proceso de estatutarización voluntaria del personal laboral fijo de la Fundación Pública Sanitaria "Hospital de Calahorra", entidad dependiente del Servicio Riojano de Salud.

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

#### **ISLAS BALEARES**

- Resolución del director general del Servei de Salut de las Islas Baleares de 5 de diciembre de 2022 por la que se modifica la Orden de la consejera de Salud y Consumo de 22 de diciembre de 2006 por la que se establecen los precios públicos que han de aplicar los centros sanitarios de la red pública de las Islas Baleares por la prestación de servicios sanitarios cuando haya terceros obligados al pago o usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

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

#### **IV. INICIATIVAS LEGISLATIVAS:**

- Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

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

## **2.-TRIBUNA.**

### **I. FABRICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE TERAPIAS AVANZADAS: ¿UNA OPORTUNIDAD?**

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

#### **1.- Introducción**

Como es sobradamente conocido, los altos precios de los medicamentos alteran cada vez más el normal funcionamiento de los sistemas públicos de salud, de tal manera que ponen en grave riesgo los principios fundamentales que le sirven de fundamento: universalidad, esto es, que sean accesibles a la totalidad de la ciudadanía, sin discriminación de clase alguna; gratuidad, que garantiza un punto de partida igualatorio para todos en cuanto a las posibilidades de desarrollo personal y social, pues, sin tener garantizada la asistencia sanitaria y los medicamentos adecuados, muchos de nuestros conciudadanos se quedarían en la marginalidad, impidiéndose así que puedan alcanzar los objetivos que se planteen; por último, calidad, que se traduce en la atención de salud adecuada en cada circunstancia y de la que forma parte, sin ningún género de dudas, los medicamentos imprescindibles.

La AAJM (Asociación de Acceso Justo al Medicamento) ha venido denunciando esta situación desde los inicios de su fundación, tal y como puede leerse en su página Web y en los diferentes trabajos de esta Revista. Ha advertido de las consecuencias que podrían producirse si no se plantean nuevas políticas públicas en relación con el justo acceso al medicamento y con las cuestiones relativas a la determinación del precio de los mismos.

En fin, ha puesto de manifiesto el notable incremento de los precios, en relación con el crecimiento de la riqueza, que potencialmente conduce de manera inapelable al estancamiento del derecho a la protección de la salud garantizado en nuestra Carta Magna, si no se toman las medidas adecuadas.

Desgraciadamente, los hechos actuales que recogen los medios de comunicación no invitan al optimismo:

“Sanidad-dice THEOBJECTIVE, 8/01/2023-rechaza financiar 50 medicamentos para patologías graves por su elevado precio”

La consecuencia, obvia, determina que muchos enfermos tengan que recurrir a terapias menos efectivas o. dejar de recibir el tratamiento, salvo, claro está, que cada uno pueda pagárselo de su bolsillo, lo que no está al alcance del común de los mortales (el coste de alguno de ellos supera los 30.000 euros).

La forma de actuar de la Administración sanitaria, frente a la queja de un diputado (en relación con la exclusión del medicamento Trodely 200, 90.000 euros) es reveladora de la falta de criterio sobre esta cuestión: tras el revuelo generado por la respuesta (“demasiado caro”), se anunció que sería financiado.

No es este el momento de determinar cómo se definen los medicamentos de alto impacto presupuestario (alto precio, alto volumen de pacientes, etc.), aunque sí de señalar que el crecimiento de los precios es una tendencia clara y advertir que existen medicamentos muchos más caros que los señalados (el documento elaborado por la campaña “No es Sano”, y suscrito por nuestra organización, recoge algunos cuyo precio alcanza más de 1.000.000 de euros).

Nuestro interés se centra, ahora, en la esperanza que alumbran las normas que, bajo determinados requisitos, permiten la fabricación en el seno de las instituciones sanitarias públicas de terapias avanzadas (fundamentalmente, el reglamento europeo sobre medicamentos de terapia avanzada, 2007; ley del medicamento, 2015 y el Real Decreto por el que se regula la autorización de medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial).

## **2.-La propuesta de AAJM y otras organizaciones en relación con los medicamentos de terapias avanzadas**

Cuando se conoció la posible modificación de la ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (ahora parece que olvidada), la AAJM, junto con otras organizaciones sanitarias, planteó, oficialmente, las modificaciones de la misma que se consideraron conveniente en relación con el interés general.

En concreto, en el punto 9 de su escrito, se dijo lo siguiente:

*Se deberá favorecer la fabricación pública de medicamentos de terapia génica, medicamentos de terapia celular somática y otros, que podrán ser desarrollados en las instituciones hospitalarias con las garantías exigibles.*

*Se impulsará la fabricación industrial de medicamentos a través de una o varias empresas públicas, para garantizar suministros estratégicos de medicamentos y productos sanitarios. De la misma forma, la empresa pública podrá actuar fabricando o importando productos en los que el fabricante habitual fije precios excesivos, abusando de la posición dominante. La empresa o empresas públicas nacionales podrán colaborar en acuerdos estratégicos con iniciativas de otros países de la UE, de la Comisión Europea, de la OMS o de las Organizaciones sin ánimo de lucro.*

En coherencia con lo anterior, se propuso un nuevo artículo (47.4, dentro del Capítulo V, “De las garantías sanitarias de los medicamentos especiales”), del siguiente tenor:

*Los medicamentos de terapia génica y los medicamentos de terapia celular somática podrán ser desarrollados en las instituciones hospitalarias con las garantías exigibles a los tratamientos médicos y no requerirán necesariamente fabricación industrial comercial.*

En el presente trabajo se trata únicamente la cuestión relativa a los medicamentos de terapia avanzada (MTA), sin entrar, ahora, en la fabricación industrial de medicamentos a través de las empresas pública.

### 3.- Ámbito de aplicación

Los MTA son medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular somática) y tejidos (ingeniería tisular) e incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico, pudiendo ir combinados, en algunos casos, con productos sanitarios.

Son, hoy, una realidad en nuestro entorno (puede consultarse las autorizaciones de uso de medicamentos de MTA concedidas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS).

El texto de la norma, que admite la fabricación no industrial, es, en principio, muy restrictivo, pues se aplica:

*...a los medicamentos de terapia avanzada de uso humano que son preparados ocasionalmente, de acuerdo con normas de calidad específicas y empleados en España, en una institución hospitalaria y bajo la responsabilidad profesional exclusiva de un médico colegiado, con el fin de cumplir una prescripción facultativa individual de un producto hecho a medida destinado a un solo paciente.*

Por supuesto, nada hay que reprochar a la norma al exigir las garantías adecuadas: la fabricación de cualquier medicamento tiene que cumplir con las normas de correcta fabricación y los MTA siguen, por tanto, esta regla.

Los MTA son, además, productos complejos y los riesgos son diferentes para cada uno de ellos en función del tipo de medicamento, pero la gestión de los riesgos para la debida calidad (valoración, control, evaluación, revisión) no es algo nuevo en el Sistema Nacional de Salud. Se recuerda a este respecto el precedente que habilitó a los servicios de farmacia hospitalaria para llevar a cabo operaciones de fraccionamiento, personalización de dosis y otras operaciones de remanipulación y transformación de medicamentos (art-7, Real Decreto-Ley 16/2012).

La peculiaridad de los MTA (exención hospitalaria), su clasificación o no como medicamento, se pone claramente de manifiesto, puesto que hasta llegar a la actual normativa su regulación ha sido cambiante en relación con algunos productos, de manera que la cláusula de exclusión para medicamentos de fabricación no industrial se ha definido de manera distinta hasta llegar a la situación actual (exposición de motivos, párrafo décimo).

Sin embargo, la cláusula restrictiva mencionada sufre una importante modificación (artículo 14):

*En situaciones excepcionales se podrá autorizar el uso del medicamento por parte de la AEMPS, cuando se considere necesario para atender requerimientos especiales, siendo destinado para uso de un paciente individual bajo prescripción de un facultativo acreditado y bajo su responsabilidad directa en los supuestos de atención a la dependencia (Artículo 24 de la ley 39/2006).*

Lo que supone aplicar la definición contenida en la norma citada (artículo 2):

*Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.*

Una interpretación que tenga por eje el favorecimiento de la autorización de uso, dentro de los límites de la norma, sería a nuestro juicio suficiente para que el mecanismo previsto alcanzara la intensidad adecuada, permitiendo solucionar el grave problema del coste de estos medicamentos tan especiales.

Preguntada la AEMPS si podría interpretarse “preparación ocasional” simplemente como aquella que se realiza motivada por o con ocasión de una prescripción facultativa individual, independientemente del número de veces en que se produzca la prescripción, ha contestado que “se verá caso por caso”, sin negar dicha posibilidad (“Documento de preguntas y respuestas sobre el Real Decreto 477/2014, de 13 de junio, por el que se regula la autorización de medicamentos de terapia avanzada de fabricación no industrial”, disponible en internet, marzo, 2020).

Por otro lado, según la AEMPS, la norma permite encargar la producción a terceros y recuerda que la autorización de uso es específica para cada institución, pero varias instituciones pueden solicitar autorizaciones de uso independientes con MTA producidos por el mismo fabricante.

#### **4.-Conclusiones**

El principio ético de justicia en el Sistema Nacional de Salud tiene una especial incidencia en la ética de los costes de los medicamentos , en atención a la especial importancia que en dicho ámbito tienen, por un lado, la universalización de la asistencia y, por otro, la limitación de los recursos, pues ambos principios caracterizan, como es conocido, los servicios públicos de salud en el contexto del llamado estado de bienestar, de cuyo contenido constituyen uno de sus pilares fundamentales, junto con la educación y los servicios sociales, en su sentido más amplio (incluida la atención a la dependencia).

Todo médico debe incorporar el principio de justicia a los valores que inspiran la atención a la salud de las personas, pues debe asumir la responsabilidad que le corresponde en la sostenibilidad del Sistema.

La norma que regula las MTA permite, con una interpretación “pro paciente”, dentro de sus límites, solucionar en las propias instituciones hospitalarias el problema de costes importantes que en otro caso se plantearía.

## II. REGULACIÓN DE LA COMPATIBILIDAD ENTRE PENSIÓN DE JUBILACIÓN Y ACTIVIDAD RETRIBUIDA PARA MÉDICOS DE FAMILIA Y PEDIATRAS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Julián Pérez Charco.  
Subdirector de Gestión de RRHH la GAI de Albacete.  
Coordinador de la asesoría jurídica del área de salud de Albacete.  
Profesor asociado Facultad de Relaciones Laborales y RRHH de la UCLM.

### OBJETO:

El artículo 83 del Real Decreto-ley 20/2022, de 27 de diciembre, modifica la Disposición transitoria trigésimo quinta del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015) para posibilitar la compatibilidad de la pensión contributiva de jubilación, con el trabajo de los facultativos de atención primaria médicos de familia y pediatras, adscritos al Sistema Nacional de Salud con nombramiento estatutario o funcionario.

### FINALIDAD DE LA MEDIDA:

La declara expresamente el punto IX de la exposición de motivos de la norma: paliar la acuciante escasez de facultativos en el Sistema Nacional de Salud pero en particular en el ámbito de atención primaria: médicos de familia y pediatras.

Tan cierto es que la norma puede contribuir a minorar algo la clara insuficiencia de médicos de medicina familiar y comunitaria y pediatras en atención primaria, como que se trata de una medida insuficiente y tardía que demuestra la falta de planificación de recursos humanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, a pesar de los instrumentos legales que existen desde hace casi 20 años; así, la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud no ha desarrollado las actividades de planificación necesarias (artículo 10 de la ley 55/2003 -en adelante, EM-), como tampoco lo hicieron los Servicios de Salud a través del instrumento esencial de planificación: los planes de ordenación de recursos humanos (artículo 13 EM), a pesar de ser un hecho notorio y en absoluto discutido desde hace muchos años, que este momento y situación de insuficiencia llegaría por las jubilaciones de profesionales nacidos en la década de los 50 y 60, sin haber llevado a cabo ninguna actuación efectiva para evitar la carencia de profesionales suficientes para cubrir las necesidades de la población con el sistema de atención primaria que tenemos configurado y que tan buenos resultados dio en otras épocas.

### ANTECEDENTES

El artículo 5 del Real Decreto Ley 3/2021, de 2 de febrero, ya había previsto (también para paliar la falta de sanitarios provocada por el COVID), la posibilidad de compatibilizar pensión de jubilación con trabajo retribuido en los Servicios de Salud, al establecer que *“Los profesionales sanitarios jubilados médicos/as y enfermeros/as y el personal emérito, que se reincorporen al servicio activo por la autoridad competente de la comunidad autónoma, o por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla o por el Ministerio de Defensa en la Red*

*Hospitalaria de la Defensa, a través del nombramiento estatutario correspondiente tendrán derecho a percibir el importe de la pensión de jubilación que estuvieran percibiendo al tiempo de la incorporación al trabajo, en cualquiera de sus modalidades, incluido, siempre que reúna los requisitos establecidos para ello, el complemento por mínimos”.*

#### ÁMBITO SUBJETIVO:

- Médicos de familia y pediatras del nivel asistencial de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud, jubilados desde el 1 de enero de 2022 o que se jubilen tras la entrada en vigor de la norma, y tengan o hubieran tenido nombramiento de personal estatutario (fijo o temporal) o funcionario (de carrera o temporal).

- Médicos de familia y pediatras del nivel asistencial de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud, que optaron por compatibilizar la pensión de jubilación y el trabajo en esa profesión, al amparo del artículo 13 del Real Decreto-Ley 8/2021 (impacto del COVID) cuyos nombramientos concluían como máximo el 31 de diciembre de 2021.

#### ÁMBITO TEMPORAL:

Desde la entrada en vigor de la norma y durante los tres años posteriores y por tanto hasta el 28 de diciembre de 2025.

#### CUANTÍA DE LA PENSIÓN:

La pensión es calculada conforme a las reglas ordinarias incluyendo la aplicación del límite máximo de la pensión pública, y se percibirá el 75% del importe resultante en cada caso.

#### DIFERENCIA CON LA JUBILACIÓN ACTIVA O “ENVEJECIMIENTO ACTIVO”.

Esta pensión de jubilación la regula el artículo 214 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015), pero su punto 6º ya se encarga de reseñar que esa compatibilidad entre trabajo y pensión no es posible cuando se trata de un puesto de trabajo del sector público, como sería el caso de un médico o pediatra de un Servicio de Salud, y ello al margen de las notables diferencias con la pensión aquí tratada que llega hasta el 75% de la cuantía cuando solo es del 50% en la pensión de jubilación activa, lo que aquí comentamos no es una concreta modalidad de pensión de jubilación, sino la mera declaración transitoria y excepcional de compatibilidad del percibo de la pensión ordinaria de jubilación con la realización de una concreta y delimitada actividad médica lucrativa.

#### REQUISITOS Y CIRCUNSTANCIAS DE LA COMPATIBILIDAD:

a) El acceso a la pensión de jubilación debe ser a la edad ordinaria de jubilación prevista en el artículo 205.1 de la LGSS, es decir, no cabe en supuestos de jubilación anticipada ni siquiera por reducción de la edad de jubilación por discapacidad. Se exceptúa de esta limitación, los que ya se acogieron a la compatibilidad vía RD Ley 8/2021 citado.



b) El acceso a esta compatibilidad no es posible, si el facultativo además realiza en el sector privado cualquier otra actividad, ya sea por cuenta propia o por cuenta ajena que diera lugar a la inclusión en algún régimen de Seguridad Social.

c) Se admite tanto para actividad a tiempo completo, como a jornada parcial con el límite del mínimo de un 50% de jornada a realizar referenciado a la jornada ordinaria de trabajo en cada caso.

d) Esta compatibilidad de jubilación y actividad no impide que se perciban los complementos por demora en la jubilación que se hubieran lucrado con cargo al INSS.

e) El Servicio de Salud empleador, debe dar de alta al profesional y cotizar por el mismo (cotización íntegra y no solo por IT y contingencias profesionales, como ocurre en el supuesto general de jubilación activa).

Las cotizaciones realizadas sirven para disminuir el coeficiente reductor que hubiera existido en los supuestos de jubilación anticipada anterior, aunque no servirá para incrementar el complemento por jubilación demorada (4% por año completo trabajado o pago único en función de años demorados y años cotizados).

f) Se puede acceder a la IT con percibo de prestaciones, pero en el periodo que dure la misma no se percibirá la pensión de jubilación que quedan suspenso desde el día 1 del mes siguiente a la IT y se reanuda el día 1 del mes siguiente al alta médica.

#### CUESTIONES QUE SE DERIVAN DE LA REGULACIÓN:

En este análisis de urgencia (por haber entrado ya en vigor la norma y ser susceptible de producir efectos inmediatos), se han detectado las siguientes cuestiones que sin duda deberán ser resueltas mediante norma reglamentaria del órgano competente en cada Servicio de Salud, siendo deseable que pudiera obtenerse similitud y homogeneidad en las condiciones fijadas en los distintos Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud.

##### **1.- ¿Extinción de la relación estatutaria o prórroga en el servicio activo?**

La extinción de la relación estatutaria se ampararía en lo que establece el artículo 21 EM (“*Son causas de extinción de la condición de personal estatutario fijo: ..... e) La jubilación*”), resultando que conforme al art. 83.3 del Real Decreto Ley 20/2022 “*El beneficiario tendrá la consideración de pensionista a todos los efectos*”.

En igual sentido de extinción de la relación funcionarial, el artículo 63 del Real Decreto Legislativo 5/2015 que aprueba el Texto Refundido del Estatuto Básico del Empleado Público y el artículo 56 de la ley 4/2011, de empleo público de Castilla-La Mancha.

Por el contrario, la inexistencia de extinción de la relación estatutaria se basaría en que el artículo 83.1 del Real Decreto Ley 20/2022 al referirse a esta compatibilidad afirma que *“podrán continuar desempeñando sus funciones durante la prórroga en el servicio activo y, simultáneamente, acceder a la jubilación percibiendo el setenta y cinco por ciento .....”*.

Esta es la cuestión clave y de mas calado de todas las que se van a analizar, pues en función de una u otra interpretación (extinción de la relación estatutaria-funcionarial o no extinción), el/la profesional perdería o no, respectivamente:

- El destino definitivo que pudiera tener al tiempo de la jubilación.
- El grado de carrera profesional reconocido.
- Los trienios reconocidos.
- Los días de libre disposición por antigüedad y los días adicionales de vacaciones por antigüedad para los funcionarios.
- Los módulos asistenciales sustitutivos de las guardias médicas exentas por cumplimiento de la edad de 55 años.

Sin perjuicio de lo que se establezca por el órgano competente en cada Servicio de Salud y que debamos estar en cada ámbito territorial a lo que sea indicado por el mismo, en mi opinión se produce la extinción de la relación jurídica estatutaria o funcionarial con los efectos jurídicos ya indicados, pues el empleado-a insta su jubilación que a su vez es declarada y le permite percibir la pensión de jubilación.

Que existe una jubilación es claro, como lo es también que la jubilación extingue legalmente la relación jurídica que constituyó el respectivo nombramiento de personal estatutario o de funcionario. El empleado-a podría instar la prórroga en el servicio activo para evitar la jubilación como le autoriza la norma (y es una situación extendida en estos momentos), pero por el contrario opta por la jubilación y no por mantener la actual relación estatutaria de la que derivan los derechos al percibo de unos concretos complementos personales y/o disfrute de derechos igualmente reconocidos a título personal.

La circunstancia de que la norma de Seguridad Social que se viene comentando utilice la frase *“podrán continuar desempeñando sus funciones durante la prórroga en el servicio activo y, simultáneamente, acceder a la jubilación”*, no implica que se trate de la prórroga en el servicio activo a la que alude el artículo 26 EM, por las siguientes razones:

a) Estamos en presencia de una norma de Seguridad Social, que modifica el texto refundido de la ley General de la Seguridad Social en la materia concreta de compatibilidad del percibo de la pensión de jubilación y la prestación lucrativa de servicios por cuenta ajena.

Por tanto, en el particular analizado (extinción o no de la relación jurídica estatutaria o funcionarial), ha de estarse a la norma propia y específica de la relación jurídica estatutaria o funcionarial, que en este caso apunta a su extinción por jubilación (art. 21 EM; art. 63 EBEP).

b) La posibilidad de “prorroga en el servicio activo” ya está contemplada por el art. 26 EM para dos supuestos, pero en ninguno de ellos se prevé dicha prórroga simultánea a la jubilación, sino precisamente para demorar y que no se produzca la jubilación:

- Prorroga voluntaria de la situación de activo, más allá de la edad ordinaria de jubilación, que por cierto en este ámbito y colectivo es muy habitual habida cuenta la importante disminución de ingresos para el profesional tras la jubilación, al estar topada la pensión de jubilación con la cuantía máxima de las pensiones públicas.

- Prorroga necesaria, cuando el profesional a pesar de llegar a la edad de jubilación le faltan menos de seis años de cotizaciones para poder lucrar la pensión de jubilación.

c) Con el término “prorroga en el servicio activo” usado por la norma de Seguridad Social no se pretende identificar una situación administrativa de “activo” del empleado-a, sino hacer referencia a una concreta actividad retribuida que realizará el profesional jubilado, y será compatible con el percibo de la pensión de jubilación.

La norma podría haber utilizado otra expresión para referirse a la actividad compatible con el percibo de la pensión de jubilación, y habría conseguido el mismo objetivo, es decir, declarar compatible el percibo de la pensión de jubilación y los ingresos por realización de actividad profesional.

d) La medida que adopta el legislador, no solo es de aplicación a los médicos y pediatras de atención primaria que se jubilan desde el 28 de diciembre de 2022 y durante los tres años siguientes, sino también a los que se jubilaron cualquier día del año 2022, así como a los que concluyeron su relación jurídica hasta el 31 de diciembre de 2021 y se habían acogido a la posibilidad dada por el artículo 13 del Real Decreto Ley 8/2021 con la finalidad de paliar el impacto del COVID, todos los cuales hace tiempo que vieron extinguida la relación estatutaria o funcionarial, sin que la regulada en esta ley con un ámbito y finalidad muy concreta, pueda hacer pensar en una especie de “rehabilitación” de tales relaciones jurídicas extinguidas, que la norma solo prevé para los supuestos de extinción de la condición de personal estatutario o funcionario debido a la pérdida de la nacionalidad y posterior recuperación de la misma, o por declaración de incapacidad permanente por el INSS y recuperación posterior de la capacidad laboral.

e) Por otra parte, en el concepto amplio de Sistema Nacional de Salud que se infiere del artículos 44 y 45 de la ley 14/1986, General de Sanidad, así como de la doctrina judicial <sup>1</sup>existente sobre todo para la valoración de méritos en procesos selectivos, no cabe descartar que pudieran existir médicos de familia o pediatras jubilados o próximos a la jubilación con vínculo funcionarial en otra Administración Pública (ejemplo, Ministerio de Sanidad, Ministerio de Defensa, Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas) que pudieran acceder a esta vía de compatibilidad de la pensión de jubilación y el trabajo lucrativo, sin que por la finalidad de la ley (recuperación de médicos y pediatras para los Servicios de Salud), sean admisibles interpretaciones limitativas.

---

<sup>1</sup> Sentencias Tribunal Supremo, Sala Contencioso-Administrativo núm. 575/2019 de 26 abril. RJ 2019\1824; y de 31 octubre 2014. RJ 2014\5439 , entre otras.

Siendo así, para todos estos profesionales (funcionarios) no cabe mantener que se mantiene o prorroga la relación jurídica anterior, pero ahora con un Servicio de Salud.

En conclusión, la jubilación lo es a todos los efectos sin que deban mantenerse los complementos y/o derechos personales generados con la relación estatutaria o funcionarial que se extingue, ello sin perjuicio de que proceda un reconocimiento *ad personam* de alguno de ellos, conforme a la normativa vigente en cada Servicio de Salud, para los profesionales que tras la jubilación optan por acogerse a la disposición transitoria de compatibilidad de la pensión de jubilación y la actividad retribuida.

## **2.- Nombramiento a expedir al profesional.**

La actividad realizada desde la situación de jubilado-a, en la medida que supondrá afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social, precisa de un nombramiento administrativo que le de cobertura, pudiendo ser sin duda, el nombramiento de interinidad regulado en el artículo 9.1.b) del EM, es decir, para *“Ejecución de programas de carácter temporal, que deberán especificar sus fechas de inicio y finalización y no podrán tener una duración superior a tres años. Los programas objeto de nombramiento no pueden ser de una naturaleza tal que suponga la ejecución de tareas o la cobertura de necesidades permanentes, habituales de duración indefinida de la actividad propia de los servicios de salud”*.

En función del reparto de competencias en cada Servicio de Salud corresponderá a uno u otro órgano, la autorización de los nombramientos temporales hasta un máximo de tres años (con el límite del 28 de diciembre de 2025) como igualmente prevé la norma de Seguridad Social en cuanto a la compatibilidad con la pensión de jubilación.

En concreto, en Castilla-La Mancha correspondería al Consejo de Gobierno su aprobación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 51 de la ley 9/2022, de 21 de diciembre, de presupuestos de la Comunidad Autónoma para el año 2023, pues no en vano sería un programa asistencial para *“actividades relacionadas con la prestación de servicios que se consideren absolutamente prioritarios o que afecten al funcionamiento de los servicios públicos esenciales”*.

## **3.- Órgano competente para autorizar la actividad profesional del médico y/o pediatra jubilado.**

Dependerá de la regulación de atribuciones en cada Servicio de Salud, si bien en principio y a salvo lo que establezca la concreta normativa, nada impediría que fuera el Gerente o Director de cada centro de gestión de atención primaria.

En concreto, para el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, tanto la resolución declarando la jubilación del empleado-a por cumplimiento de la edad, como la autorización de prórroga en el servicio activo, es competencia de los Gerentes de las Gerencias del SESCOAM, al tenerla delegada por la Directora Gerente del SESCOAM (punto séptimo.9 de la Resolución de 21/10/2019, de la Dirección-Gerencia, sobre delegación de competencias -DOCM 31-10-2019-).

#### **4.- Edad máxima de jubilación compatibilizando con la actividad profesional.**

Esta cuestión aparece mas clara en el sentido de limitar esta situación hasta que el/la profesional cumpla los 70 años de edad, si tenemos en cuenta que el artículo 26.2 EM establece: *“No obstante, el interesado podrá solicitar voluntariamente prolongar su permanencia en servicio activo hasta cumplir, como máximo, los 70 años de edad, siempre que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento”*.

El límite general de la edad de los 70 años, inamovible en las últimas décadas en el empleo funcionarial, está vinculado a razones de la propia salud laboral de los empleados-as, pero también a razones de seguridad de los pacientes, por lo que no parece que pueda admitir interpretación distinta.

#### **5.- Exención de la obligación de hacer jornada complementaria (guardias médicas) y efectos sobre los módulos asistenciales reconocidos.**

A tenor del artículo 48 EM, para los médicos de familia de atención primaria es obligado realizar guardias médicas, si bien pueden quedar exentos de tal obligación, de forma voluntaria, tras cumplir 55 años de edad con reconocimiento de módulos asistenciales sustitutivos de aquellas guardias (a título de ejemplo, art. 15 ley 1/2012 para el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha).

Desde luego, la exención de la obligación de realizar guardias médicas quedaría asegurada por razón de edad con independencia de que interpretemos que se extingue la relación previa estatutaria o funcionarial o que es una continuidad de la misma; por el contrario, los módulos asistenciales reconocidos antes de la jubilación, se mantendrán o no en función de la interpretación que se adopte en ese particular (extinción o no de la relación estatutaria o funcionarial).

#### **6.- Actividad a desarrollar.**

La ley ha contemplado una excepción a la regla de la incompatibilidad entre percibo de pensión de jubilación y actividad profesional retribuida en el sector público que establece taxativamente el art. 213.2 del TR LGSS: *“El desempeño de un puesto de trabajo en el sector público delimitado en el párrafo segundo del artículo 1.1 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, es incompatible con la percepción de pensión de jubilación, en su modalidad contributiva”* .

Tal excepción se justifica para paliar la *“acuciante escasez de facultativos en el Sistema Nacional de Salud pero en particular en el ámbito de atención primaria: médicos de familia y pediatras”*, es decir, por la ausencia de médicos para llevar a cabo actividad asistencial, por lo que no cabe extender la excepción y ampliar esta compatibilidad para realizar funciones de gestión (directivas en órganos centrales o periféricos), sindicales o cualesquiera otra que no sea paliar directamente aquella situación de déficit de médicos asistenciales.

## **7.- Informe médico previo de capacidad laboral.**

La existencia de capacidad laboral la exige el artículo 26.2 EM, al establecer que la continuidad de la actividad laboral más allá de la edad de jubilación queda condicionada a *“que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento”*.

Por tanto, la autorización de la actividad médica compatible con la pensión de jubilación deberá venir precedida de informe del servicio de prevención de riesgos laborales, que declare la capacidad funcional necesaria para ello.

## **8.- Otras obligaciones habilitantes para el desarrollo de la actividad.**

a) Obligación de colegiación en el colegio oficial de médicos.

Conforme a la interpretación dada por el Tribunal Constitucional a la ley 2/1974, de Colegios Profesionales y a las leyes autonómicas, para llevar a cabo la actividad de médico (incluso cuando lo es en exclusiva para una Administración Pública), es necesario como requisito habilitante estar colegiado en el colegio oficial de médicos, por lo que en este supuesto en que se desarrollaría también la actividad para la que la ley exige la colegiación, esta ha de existir y serlo en la forma que determinen los respectivos estatutos colegiales <sup>2</sup>.

b) Obligación de certificación negativa en el registro de delincuentes sexuales.

La establece expresamente el apartado 8 de la ley Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que modificó el artículo 13 de la ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, por lo que en esta prestación de servicios asistenciales tras la jubilación, en nada cambia la previsión legal <sup>3</sup>.

---

**2 SSTC 89/1989, de 11 de mayo (RTC 1989, 89) ; 194/1998, de 1 de octubre (RTC 1998, 194) , y 3/2013, de 17 de enero (RTC 2013, 3) ).**

<sup>3</sup> *“Será requisito para el acceso y ejercicio a las profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual con menores, el no haber sido condenado por sentencia firme por algún delito contra la libertad e indemnidad sexual, que incluye la agresión y abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual, prostitución y explotación sexual y corrupción de menores, así como por trata de seres humanos. A tal efecto, quien pretenda el acceso a tales profesiones, oficios o actividades deberá acreditar esta circunstancia mediante la aportación de una certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales “*

### **3. LEGISLACIÓN COMENTADA:**

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

#### **1. Ley 39/2022, de 30 de diciembre, del Deporte.**

La nueva Ley del Deporte incluye referencias al Sistema Nacional de Salud y al derecho a la protección de la salud de los deportistas.

Respecto de este último, el legislador reconoce a los deportistas el derecho a recibir la protección del Sistema Nacional de Salud en los términos previstos en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta previsión se completa con la aprobación conjunta por parte del Consejo Superior de Deportes y el Sistema Nacional de Salud (habrá que entender que se refiere al Ministerio de Sanidad, o al Consejo Interterritorial, pues el SNS como tal no deja de ser una entelequia administrativa) de un programa específico para la protección de salud y la recuperación o tratamiento de las personas deportistas de competición que hayan concluido su actividad deportiva y que presenten secuelas como consecuencia de la misma, en los términos que se determinen reglamentariamente.

#### **2.- Ley 31/2022, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2023.**

La LPGE para el año 2023 mantiene las limitaciones a la contratación temporal en el empleo público (art. 20), al igual que la regulación que hasta ahora viene haciéndose tanto del fondo de cohesión sanitaria, como del fondo de garantía asistencial (DA 71) en el sentido de mantener la suspensión indefinida de los apartados a), b) y d) del artículo 2.1 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria y se establece la naturaleza extrapresupuestaria de dichos apartados. Asimismo, respecto de la regulación de ambos fondos, se recupera la redacción que se recogía en la disposición adicional centésima de la Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021.

#### **3.- Ley 38/2022, de 27 de diciembre, para el establecimiento de gravámenes temporales energético y de entidades de crédito y establecimientos financieros de crédito y por la que se crea el impuesto temporal de solidaridad de las grandes fortunas, y se modifican determinadas normas tributarias.**

La disposición final sexta de la Ley da una nueva redacción al título XI, Tasas, del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio

#### **4.- Real Decreto-Ley 20/2022, de 27 de diciembre, de medidas de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la Guerra de Ucrania y de apoyo a la reconstrucción de la isla de La Palma y a otras situaciones de vulnerabilidad.**

Con carácter transitorio se autoriza la compatibilidad en el disfrute de la pensión de jubilación con la prestación de servicios para el SNS por parte de médicos de familia y pediatras, ya sean funcionarios o personal estatutario.

La duración de esta medida está limitada a tres años a partir de la fecha de su entrada en vigor, y durante su vigencia los beneficiarios tendrán a todos los efectos la consideración de pensionistas.

Pueden acceder a esta situación tanto los médicos y pediatras jubilados (quienes accedieron a la pensión a partir del 1 de enero de 2022, y los jubilados que se acogieron a la compatibilidad por motivos COVID prevista en el RD-Ley 8/2021, de 4 de mayo), como aquellos otros que estando en activo causen derecho a la pensión de jubilación, y opten por prorrogar su permanencia en la situación de servicio activo.

#### **5.- Ley 11/2022, de 21 de diciembre, de Medidas Urgentes para el Impulso de la Actividad Económica y la Modernización de la Administración de la Comunidad de Madrid.**

La disposición adicional primera bis articula un procedimiento abierto y permanente de integración voluntaria en el régimen estatutario del personal laboral fijo y funcionario de carrera que presta servicios en las instituciones sanitarias del servicio madrileño de salud.

Otras novedades reseñables:

a) La exención del requisito de nacionalidad para el acceso a la condición de personal estatutario en los centros dependientes del servicio madrileño de salud por razones de interés general.

La exención temporal de este requisito lo es respecto de aquellas categorías estatutarias en las que la titulación requerida para el acceso a las mismas sea una especialidad médica deficitaria.

b) Creación de nuevas categorías estatutarias:

- Podólogo, para cuyo acceso se exige estar en posesión del título de grado en Podología o titulación equivalente. Esta categoría se encuadra en el grupo A, subgrupo A2 de la clasificación de funcionarios públicos y desarrollarán las funciones para las que les habilita su titulación, dentro del marco general previsto en el artículo 7 d) de la ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.



- Técnico en Prevención de Riesgos Laborales de nivel superior, para cuyo acceso se exige estar en posesión de una titulación universitaria oficial y la formación mínima acreditada por una Universidad con el contenido especificado recogido en el Anexo VI del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero. Esta categoría se encuadra en el grupo A, subgrupo A2 de clasificación de los funcionarios públicos y desarrollarán las funciones para las que les habilita su titulación, dentro del marco general previsto en la Ley 31/ 1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y demás normas de aplicación.
- Técnico superior en Dietética y Nutrición, para cuyo acceso se exige estar en posesión del título de Formación Profesional de Grado Superior en Dietética y Nutrición o titulación equivalente. Esta categoría se encuadra en el grupo C, subgrupo C1 de clasificación de los funcionarios públicos y desarrollarán las funciones para las que les habilita su titulación, dentro del marco general previsto en el artículo 3.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear para cuyo acceso se exige estar en posesión del título de Formación Profesional de Grado Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear o titulación equivalente. Esta categoría se encuadra en el grupo C, subgrupo C1 de clasificación de los funcionarios públicos y desarrollarán las funciones para las que les habilita su titulación, dentro del marco general previsto en el artículo 3.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

A la par se modifica la denominación de las siguientes categorías estatutarias: Técnicos Especialistas de Laboratorio, Técnicos Especialistas de Anatomía Patológica y Técnicos Especialistas de Radioterapia y Dosimetría que pasan a tener, respectivamente, las siguientes denominaciones: Técnico Superior de Laboratorio, Técnico Superior de Anatomía Patológica y Técnico Superior de Radioterapia y Dosimetría.

Quedan extinguidas las categorías estatutarias de Técnico Especialista de Radiodiagnóstico y Técnico Especialista en Medicina Nuclear.

En cuanto a contratación pública, destacar la creación de la Agencia de Contratación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, como un ente público adscrito al Servicio Madrileño de Salud.

Por lo que respecta a organización sanitaria, merece especial atención el estudio la nueva redacción del art 25 “*Vertebración de las organizaciones sanitarias privadas*”, de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, por el que se establece el uso compartido de las historias clínicas, públicas y privadas, en la sanidad madrileña:

*“Los profesionales sanitarios que presten servicio en hospitales o centros sanitarios de la Comunidad de Madrid, podrán tener acceso a la información contenida en la historia clínica electrónica, tanto pública como privada, de los pacientes a los que prestan asistencia en el marco temporal que dure esa atención. Este acceso exige el cumplimiento de la normativa de protección de datos de carácter personal y del consentimiento del paciente, de acuerdo con sus regulaciones específicas”.*

Finalmente, se ha incluido una nueva disposición adicional en la mencionada ley con la rúbrica *“tramitación de expedientes y servicios públicos sanitarios prestados con medios ajenos”* con incidencia presupuestaria en el ámbito de la gestión sanitaria, cuya redacción trascribimos a continuación:

*En aquellos negocios jurídicos relativos a la gestión de la asistencia sanitaria prestados por medios ajenos a la Administración al amparo de la legislación vigente, cuya liquidación esté sujeta a auditoría previa, sean de especial complejidad o sean consecuencia de crisis o emergencia sanitaria declarada por el órgano competente, respecto de los cuales se hayan superado los límites temporales establecidos en el correspondiente negocio jurídico para su liquidación, la Administración, previa constatación de la existencia de crédito presupuestario suficiente, podrá realizar, con carácter excepcional anticipos a cuenta de los pagos estimados o previsibles hasta el importe máximo anual del 70 por ciento previsto en el correspondiente negocio jurídico con el carácter de liquidación provisional. A estos efectos se realizarán previamente las correspondientes comprobaciones por parte del centro directivo correspondiente. En el caso de liquidaciones anuales dicho porcentaje resultará de aplicación a la cantidad máxima inicialmente prevista. Si mediaran pagos a cuenta, dicho porcentaje será de aplicación a la diferencia entre el importe de estos y la cantidad máxima a abonar.*

*Si una vez efectuada la auditoría en el proceso de liquidación correspondiente, se verificase que las cantidades abonadas al amparo de lo previsto en el párrafo anterior hubieran sido superiores a las debidas, la Administración deberá proceder a reclamar las mismas, sin perjuicio de poder compensar o retener los pagos mensuales o anuales pendientes que deban ser abonados en el marco de la relación bilateral de la que traen causa, hasta que se produzca su total reintegro. Dichas compensaciones no podrán superar el 10% del importe de los pagos mensuales o anuales establecidos».*

## **6.- Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos.**

Estamos ante la primera ley que regula de forma específica en el ámbito sanitario la prestación del consentimiento informado por parte de personas afectadas por alguna discapacidad. Como es sabido 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, no aborda la autonomía de la voluntad de estas personas en el ámbito sanitario, sin que por tanto se haya visto modificada la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Así pues, el modificado art. 51 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre queda redactado del siguiente modo:

***El consentimiento informado se otorgará por representación en los siguientes casos:***

*a) Cuando el o la paciente no sea capaz de tomar decisiones a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho o las previstas en las medidas de provisión de apoyos establecidas. Si el paciente hubiera designado previamente a una persona, a efectos de la emisión en su nombre del consentimiento informado, corresponderá a ella la decisión.*

*b) Cuando el o la paciente precise de apoyos para adoptar la decisión. En este caso, el consentimiento deberá otorgarse conforme a las medidas de apoyo establecidas.*

*c) Cuando el paciente menor de dieciséis años no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará quien ostente la representación legal de la persona menor después de haber escuchado su opinión en función de su grado de madurez.*

*2. Cuando se trate de personas menores emancipadas o con dieciséis años cumplidos no precisadas de apoyos para el ejercicio de su capacidad, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres y madres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.*

*3. En el caso de que la decisión de quien actúe por representación pueda presumirse contraria a la salud de la persona menor o precisada de apoyos para el ejercicio de su capacidad, el o la profesional responsable deberá poner los hechos en conocimiento de la autoridad competente en virtud de lo dispuesto en la legislación civil".*

En cuanto a las garantías sanitarias del colectivo de personas afectadas con discapacidad, destacar entre otras medidas:

a) El compromiso de potenciar la salud bucodental en caso de riesgo de enfermedad oral.

b) La implantación de un sistema para la cobertura de las prestaciones ortoprotésicas incluidas en el catálogo nacional de prestaciones sanitarias prescritas por los y las profesionales sanitarias, facilitando el acceso a las mismas de las personas con discapacidad mediante sistemas de reintegro de gastos o de abono directo, a los establecimientos dispensadores, del precio final o importe máximo de facturación definitiva establecido para cada tipo de producto.

c) Implantación de sistemas que hagan accesible el acceso a las emergencias sanitarias a personas con discapacidad auditiva o problemas de habla.

- d) Fomento por las Administraciones Públicas de las actuaciones necesarias para minimizar los obstáculos lingüísticos y de comprensión. En todo caso, las Administraciones Públicas respetarán las obligaciones establecidas en la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo ciegas.
- e) Actuaciones específicas para atender los problemas de salud mental de este colectivo.
- f) Integración de la situación de las personas con discapacidad o pluripatología en la Estrategia sobre cronicidad siempre que proceda.

## **7.- Ley 6/2022, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura para el año 2023.**

Se incluyen medidas para reforzar la atención primaria y la salud mental, como el compromiso expreso del Servicio Extremeño de Salud de *“contratar al Personal Sanitario suficiente para cubrir las vacantes y ausencias sobrevenidas de larga duración, si hubiera candidatos disponibles en las bolsas establecidas reglamentariamente”*, y *“la transformación de plazas de médico y enfermero de EAP con funciones de atención continuada a plazas de médico y enfermero de EAP, con carácter voluntario si estuvieran ocupadas y de acuerdo con la planificación de la organización asistencial de la zona de salud correspondiente”*.

Como medida de agilización, las convocatorias de los procesos de estabilización de empleo temporal derivados de la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público, establecerán que las solicitudes de participación se presenten de forma telemática, sin perjuicio de que, en caso necesario, se garantice la disponibilidad y el acceso a los medios tecnológicos necesarios que permitan la presentación de las mismas.

## **8.- Ley 9/2022, de 30 de diciembre, de presupuestos de la Generalitat para el ejercicio 2023. (Comunidad Valenciana).**

La Comunidad Valenciana prevé respecto de los consorcios sanitarios, que los puestos los puestos de trabajo de naturaleza funcional vacantes, que no comporten responsabilidad de jefatura y no estén reservados a persona titular en las plantillas de estas entidades, deben reconvertirse en puestos de naturaleza estatutaria (cuya provisión debe realizarse por parte de la conselleria competente en materia de sanidad), sin perjuicio de la dotación presupuestaria que sigue siendo de los consorcios, remitiéndose a tal efecto a la aún vigente Ley 15/1997, de 25 de abril) sobre nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

## **9.- Ley 17/2022, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas para el año 2023. (La Rioja).**

La Ley riojana incluye un nuevo artículo (art. 34 bis) en la Ley 2/2002, de 17 de abril, de salud, muy en la línea (por no decir que idéntico) del polémico proyecto de ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, aún en fase de tramitación parlamentaria. Recordemos que dicho proyecto de ley endurece la opción de externalización de la asistencia sanitaria, al proclamar:

- a) El carácter preferente que tienen las fórmulas de gestión directa.
- b) El carácter excepcional del resto de las fórmulas de gestión.

El nuevo art. 34 bis de la Ley riojana, bajo la rúbrica “*Gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos públicos del sistema público de salud de La Rioja*” establece:

*1. La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos públicos del sistema público de salud de La Rioja se llevará a cabo de manera directa:*

- a) Por la Administración pública competente.*
- b) A través de entidades de entre las que conformen el sector público institucional.*
- c) Mediante la creación de consorcios creados por varias administraciones públicas o entidades integrantes del sector público institucional.*

*2. De forma excepcional, justificada y motivada objetivamente, y solo cuando no sea posible la prestación directa de los servicios públicos que integran el Sistema Riojano de Salud, las administraciones públicas competentes para la prestación de servicios sanitarios podrán establecer conciertos o recurrir a los contratos procedentes, de los regulados en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, así como a las fórmulas de colaboración previstas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, incluidos los consorcios sanitarios, así como lo que resulte de aplicación en virtud de la correspondiente normativa autonómica.*

*En los términos y a los efectos previstos en este mismo apartado 2, en los procedimientos que se sigan para la adjudicación de la gestión de los servicios sanitarios indicados, los centros, servicios y establecimientos sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo tendrán prioridad, cuando existan condiciones análogas de eficacia, calidad y costes, todo ello en los términos que permita la normativa de aplicación.*

*A tales efectos, y de acuerdo con lo que se pudiera establecer en la normativa autonómica de desarrollo de la presente ley, la Administración pública riojana deberá motivar el cumplimiento de los siguientes criterios técnicos:*

- a) La utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.*
- b) La insuficiencia de medios propios para dar respuesta a los servicios y prestaciones.*
- c) La necesidad de recurrir a fórmulas diferentes a las establecidas en el apartado 1’.”*

## 4. SENTENCIA PARA DEBATE

- La cesión de datos sanitarios a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad a la luz de la STS (Sala de lo Penal) de 16 de diciembre, nº 971/2022.

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

STS de 16 de diciembre, nº 971/2022, nº rec 10245/2022.

La reciente STS de 16/12/2022 nº 971/2022 nº de rec (P)/10245/2022 se ha pronunciado sobre la entrega de datos sanitarios de pacientes a las fuerzas y cuerpos de seguridad.

➤ **Objeto:**

La cuestión consiste en determinar si el ordenamiento jurídico impone que el acceso al historial médico de un individuo deba ser autorizado por un Juez o Tribunal, o si, por el contrario, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad pueden acceder a él sin precisar de una autorización externa en el curso de una investigación.

➤ **Hechos:**

En el caso en cuestión los agentes policiales estaban investigando un robo en un domicilio. Los agentes policiales, sin autorización del titular del derecho y sin autorización judicial, accedieron a los datos recogidos en el historial médico hospitalario, obteniendo la identidad y los datos de incriminación que llevan a su condena. En concreto, en el historial se recogían las lesiones que determinaron a que el acusado -pocos días después del asalto- acudiera al servicio de urgencias del hospital. Además de las lesiones objetivas que observó el médico, el parte recogía la manifestación del paciente sobre cómo se habían causado, en concreto, que sufrió las lesiones como consecuencia de haber sido golpeado en el hombro con una maza y por haber sufrido después un accidente de tráfico, hechos que coincidían con la descripción del enfrentamiento mantenido con una de sus víctimas y con la localización del coche accidentado en el que habían huido. Y del mismo parte se obtuvieron los dos datos de asignación de responsabilidad al recurrente y que la investigación no pudo obtener por ninguna otra vía:

a) En primer lugar, la identidad del individuo que presentaba las sugestivas lesiones y

b) El número telefónico que permitió vincular al paciente con los hechos

➤ **La sentencia impugnada:**

La sentencia impugnada considera ajustada a derecho la cesión de datos médicos invocando a tal efecto:

1. La aplicación preferente al caso de la entonces vigente LOPD sobre la Ley 41/2002,
2. El informe de la AEPD del año 2005,

3. El artículo 10 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos), pues habilita a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado a recabar documentación, en determinados supuestos, con la finalidad de identificar a los responsables de hechos delictivos.

4. Finalmente, en el ámbito autonómico de la Comunidad Valenciana, apela a la Instrucción 1/2019, de 7 de marzo, de la Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público, donde se regula expresamente el procedimiento a seguir para que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado soliciten la documentación médica necesaria para la averiguación de los delitos

➤ **Lo que dice el TS:**

Por el contrario el TS, tras analizar la Ley 41/2002 y la legislación de protección de datos, concluye:

1º.- La ley interna española, de conformidad con las posibilidades otorgadas por el ordenamiento comunitario, impone que exista una autorización judicial y que esté específicamente dirigida a un procedimiento de investigación concreto, cuando se pretendan los datos clinicoasistenciales correspondientes a un determinado e identificado individuo.

2º.- Es posible la petición de datos personales por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, en el ejercicio de las funciones de policía judicial que le encomienda el artículo 549.1 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, exigiendo, además, que la reclamación se efectúe de forma motivada, concreta y específica e informando en todo caso a la autoridad judicial y fiscal.

3º.- Sin embargo, *“la reciente regulación define que la adquisición de datos por los agentes policiales no es ilimitada, disponiendo el mismo precepto (art. 7.3) que la autorización a los funcionarios policiales no resulta de aplicación «cuando legalmente sea exigible la autorización judicial para recabar los datos necesarios para el cumplimiento de los fines del artículo 1».* Una remisión legal que impone la autorización judicial expresa en los supuestos contemplados en el artículo 16 de la Ley 41/2002, esto es, cuando se trata de recoger y tratar datos no anonimizados que pertenezcan a la Administración sanitaria o a los prestadores de servicios de salud, esto es, cuando se reclamen datos identificativos y clinicoasistenciales unificados.

➤ **Conclusión:**

Por todo lo anterior se anula el dato de la investigación, y se estima la pretensión absolutoria del condenado.

➤ **El criterio de las Agencias de Protección de Datos:**

a) La Agencia Española de Protección de Datos.

La AEPD en su Informe 297/2005, al que se alude en la STS objeto de comentario, la Agencia establece que a estos efectos “*deberán distinguirse aquellas actuaciones de la Policía Judicial que son llevadas a cabo en cumplimiento de un mandato judicial o de un requerimiento efectuado por el Ministerio Fiscal de aquéllas otras que se llevan a cabo por propia iniciativa o a instancia de su superior jerárquico*”, y añade a continuación respecto de este segundo supuesto:

*“El problema se plantea, sin embargo, en relación con aquellos supuestos en los que la Policía Judicial requiere la cesión de los datos con el fin de ejercitar las funciones de averiguación del delito y detención del responsable, al no existir en ese caso mandamiento judicial o requerimiento del Ministerio Fiscal que dé cobertura a la cesión.*

*En este caso nos encontramos, a nuestro juicio, ante el ejercicio por los efectivos de la Policía Judicial de funciones que, siéndoles expresamente reconocidas por sus disposiciones reguladoras, se identifican con las atribuidas, con carácter general, a todos los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado”.*

La conclusión a la que llegaba la Agencia es que en este segundo grupo de supuestos en los que la Policía Judicial actuaba sin requerimiento judicial previo, también era posible la entrega de los datos si se cumplían las siguientes condiciones:

*a) Que quede debidamente acreditado que la obtención de los datos resulta necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales y que, tratándose de datos especialmente protegidos, sean absolutamente necesarios para los fines de una investigación concreta.*

*b) Que se trate de una petición concreta y específica, al no ser compatible con lo señalado anteriormente el ejercicio de solicitudes masivas de datos.*

*c) Que la petición se efectúe con la debida motivación, que acredite su relación con los supuestos que se han expuesto.*

*d) Que, en cumplimiento del artículo 22.4 de la Ley Orgánica 15/1999, los datos sean cancelados “cuando no sean necesarios para las averiguaciones que motivaron su almacenamiento”.*

Ahora bien, la propia Agencia en informes posteriores ha ido matizando este criterio general al señalar que, ante la existencia de ley especial, el anterior criterio debía ceder ante esta última. En este sentido cobra gran relevancia el Informe 60/2017, ur dicho sea de la paso viene a enturbiar el panorama antes descrito al señalar, en relación con el acceso de las FFCC a datos sanitarios, que:



*“...esta ley (se refiere a la Ley 41/2002) requiere que el acceso a los datos clínicos quede restringido a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente, y en todo caso limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso. Si la autoridad judicial requiriese una determinada información de dichos datos clínicos, le corresponde a dicha autoridad judicial el análisis de su pertinencia al caso concreto”.*

Y añadía en ese mismo informe:

*“En definitiva, y sin perjuicio de que pueda existir un mandamiento judicial o solicitud del ministerio fiscal en el ejercicio de sus funciones que las fuerzas y cuerpos de seguridad estén ejecutando en su función de policía judicial, no se considera de conformidad con la legislación de protección de datos una solicitud por parte de dichas fuerzas de seguridad relativa a la información médica de la posible víctima que vaya más allá de lo estrictamente necesario y pertinente para determinar la situación del lesionado en relación con el delito público que la ley de enjuiciamiento criminal obliga a denunciar al profesional médico cuando una persona hubiere sido víctima de lesiones, y que se contiene en el Parte Judicial de Lesiones. En estos casos, y salvo que hubiera mandamiento judicial o solicitud del ministerio fiscal, se considera necesario el consentimiento del afectado para la entrega de la información médica a que hace referencia la consulta”.*

Como en algunas otras ocasiones con los informes de la AEPD, ésta resulta un tanto crítica pues parece exigir el requisito de la autorización judicial, no para todos los casos de peticiones realizadas por la Policía Judicial, sino para aquellos en los que la solicitud *“vaya más allá de lo estrictamente necesario y pertinente para determinar la situación del lesionado en relación con el delito público”*. ¿Correspondería al centro sanitario valorar este extremo? No parece razonable.

#### b) La Agencia Catalana de Protección de Datos.

Afortunadamente más clarificadora resulta la agencia catalana, que también se ha pronunciado en diversas ocasiones sobre esta misma cuestión- Dictamen CNS 47/2018 y Dictamen CNS 42/2014-.

En dichos informes concluye que hay que considerar que el artículo 16.3 de la Ley 41/2002 supone una habilitación legal suficiente para comunicar datos de la HC a las FFCCS cuando estas, en ejercicio de las funciones de policía judicial, acompañan su solicitud de un requerimiento de autoridad judicial o del Ministerio Fiscal. Y añadía que, en el caso de que las FFCCS, en ejercicio de sus funciones de policía judicial, no dispusieran de un requerimiento judicial concreto, la cesión también estaría habilitada al abrigo del artículo 282 de la LECRIM y artículo 549.1.a) de la LOPJ:

*“Como también ha señalado esta Autoridad, hay que recordar que según la normativa citada (LOPJ y RDPJ) la policía judicial puede practicar diligencias relacionadas con hechos presuntamente delictivos sin que se disponga, en un primer momento, de un requerimiento judicial. En este sentido, la normativa citada incluye entre las actuaciones de las FFCCS en calidad de policía judicial las que llevan a cabo a requerimiento de superiores policiales, o incluso por iniciativa propia de los agentes de las FFCCS a través de estos superiores, y no solamente las que llevan causa de un previo requerimiento judicial. En cualquier caso, la normativa exige que se dé parte seguidamente a la autoridad judicial y fiscal (artículo 282 de la LECRIM y artículo 549.1.a) de la LOPJ, ya citados).”*

Finalizaba afirmando de forma tajante, que “los centros sanitarios deberían proceder a la cesión a las FFCCS de datos de salud (datos especialmente protegidos) de un paciente, sin consentimiento expreso del mismo, solamente cuando las FFCCS actúen ejerciendo funciones de policía judicial para una investigación concreta.”

Esto mismo planteamiento es el que subyace en el más reciente Dictamen CNS 15/2021, también de la Agencia Catalana de Protección de Datos, en relación con la consulta formulada por un ente del ámbito de la salud, sobre si las fuerzas y cuerpos de seguridad pueden solicitar una copia del comunicado de lesiones para incorporarla a las diligencias si no existe consentimiento del afectado.

En este informe, elaborado cuando aún no se había aprobado la vigente LO 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales, se decía:

*“Por tanto, se puede concluir que el comunicado de lesiones consecuencia de situaciones de violencia de género o de agresiones a menores, se puede entregar, a requerimiento de las FFCCS, sin consentimiento de las personas afectadas, cuando actúen ejerciendo funciones de policía judicial en el marco de una investigación concreta”, todo ello previa comprobación de los requisitos exigidos en el art. 22 de la entonces vigente LOPD.*

#### c) La Agencia Vasca de Protección de Datos.

En términos similares se pronuncia la Agencia Vasca de Protección de Datos en sus Dictámenes CN10-029 y CN09-016. En dicho informe analiza el régimen aplicable a aquellos supuestos en que las actuaciones de la Policía se llevan a cabo por propia iniciativa o a instancia de un superior jerárquico, y no existe mandamiento judicial, haciéndose eco de los informes emitidos por la AEPD, en concreto los informes 0133/2008, 0169/2009 y 0086/2010.

A partir de estos precedentes la autoridad de control vasca, interpreta que sería posible la cesión de datos sanitarios de los pacientes cuando se cumplan los siguientes requisitos, idénticos a los que ya mencionara la AEPD en su informe de 2005, y que también reproduce la Agencia Catalana de Protección de Datos:

*“a) Que quede debidamente acreditado que la obtención de los datos resulta necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales y que, tratándose de datos especialmente protegidos, sean absolutamente necesarios para los fines de una investigación concreta.*

*b) Que se trate de una petición concreta y específica, al no ser compatible con lo señalado anteriormente el ejercicio de solicitudes masivas de datos.*

*c) Que la petición se efectúe con la debida motivación, que acredite su relación con los supuestos que se han expuesto.*

*d) Que, en cumplimiento del artículo 22.4 de la Ley Orgánica 15/1999, los datos sean cancelados “cuando no sean necesarios para las averiguaciones que motivaron su almacenamiento”.*

Y ya en conclusiones, afirma:

*“Respecto a la cuestión sobre si la petición se debe formular mediante orden judicial, es una decisión que escapa a la competencia de esta Agencia, recordándole que, como se ha señalado en el presente informe, la LOPD habilita la cesión de datos a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, siempre que se cumplan las condiciones señaladas en el mismo, tanto cuando existe mandamiento judicial, como en aquellos casos que, no existiendo el mismo, se dan las condiciones para efectuar la cesión”*

Es cierto que a la fecha de emisión de todos los informes anteriores aplicaban el art. 22 de la entonces vigente LOPD; sin embargo la redacción de dicho precepto, como veremos a continuación, es muy similar al actual art. 7.2 de la LO 7/2021.

En efecto, el art, 22.2 de la LOPD preveía lo siguiente:

*“La recogida y tratamiento para fines policiales de datos de carácter personal por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sin consentimiento de las personas afectadas están limitados a aquellos supuestos y categorías de datos que resulten necesarios para la prevención de un peligro real para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales, debiendo ser almacenados en ficheros específicos establecidos al efecto, que deberán clasificarse por categorías en función de su grado de fiabilidad”*

A lo que añadía su apartado tercero dos requisitos más para cuando los datos afectados fuesen especialmente protegidos, a saber, que a) sea absolutamente necesario y b) para los fines de una investigación concreta.

Si cotejamos la redacción de estos dos apartados con la redacción del vigente art. 7.2 de la Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, de protección de datos personales tratados para fines de prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de infracciones penales y de ejecución de sanciones penales, no se aprecian grandes diferencias:

*“En los restantes casos, las Administraciones públicas, así como cualquier persona física o jurídica, proporcionarán los datos, informes, antecedentes y justificantes a las autoridades competentes que los soliciten, siempre que estos sean necesarios para el desarrollo específico de sus misiones para la prevención, detección e investigación de infracciones penales y para la prevención y protección frente a un peligro real y grave para la seguridad pública. La petición de la autoridad competente deberá ser concreta y específica y contener la motivación que acredite su relación con los indicados supuestos”.*

Restaría por analizar la repercusión de la citada resolución judicial en el ámbito de la administración sanitaria, y si a la luz de dicho pronunciamiento judicial se debería o no replantear la forma de actuar al respecto por los centros sanitarios pensando, sobre todo, en una eventual reclamación por parte del paciente. Tengamos presente que el art. 82.1 del RGPD dice a este respecto: *“Toda persona que haya sufrido daños y perjuicios materiales o inmateriales como consecuencia de una infracción del presente Reglamento tendrá derecho a recibir del responsable o el encargado del tratamiento una indemnización por los daños y perjuicios sufridos”*, pero...esta es otra cuestión.

## 5.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.

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

### I.- FACTURACIÓN GASTOS SANITARIOS

- Aplicación de la cláusula delimitadora de la póliza frente a la Administración sanitaria.

STSJ de Castilla-La Mancha nº 00301/2022, de 27 de octubre, rec 486 de 2020.

Es objeto de recurso contencioso administrativo la desestimación de la reclamación económico-administrativa formulada frente a la desestimación del recurso de reposición interpuesto frente a la liquidación-factura de precio público por importe de 548,06 euros, derivada de atención sanitaria prestada en el Hospital del Sescam de Albacete, al paciente consecuencia de un accidente de esquí.

Lo que se discute es si la póliza del seguro cubre o no el importe de la asistencia sanitaria prestada en el hospital de la localidad donde tiene fijada su residencia el asegurado. Para ello la Sala analiza las condiciones de la póliza:

En las condiciones generales se señala que ARAG garantiza al asegurado la prestación de las garantías amparadas dentro del ámbito territorial cubierto con motivo de la práctica, en calidad de aficionado de esquí. y, en el ámbito territorial se indica que *“Las garantías descritas en esta póliza son válidas para eventos que se produzcan en España, Andorra o en Europa, de acuerdo con lo que se especifique en las Condiciones particulares. Las garantías de esta póliza serán de aplicación cuando el asegurado se halle fuera del término municipal en el que tenga su residencia”*. Entre las garantías cubiertas se encuentra la asistencia médica y sanitaria, quedando incluidos los siguientes servicios: a) atención por equipos médicos, de emergencia y especialistas; b) exámenes médicos complementarios; c) Hospitalizaciones, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, d) suministro de medicamentos en internado, o reintegro de su costo en lesiones o enfermedades que no requieran hospitalización, e) atención de problemas odontológicos agudos consecuencia exclusivamente de trauma, que requieran tratamiento urgente.

En las condiciones particulares de la póliza se recoge en cuanto al ámbito territorial, *“El Seguro tiene validez en España, Andorra o en Europa, según el destino del viaje, desplazamiento o estancia contratada con el Tomador del Seguro”* y añade *“Queda expresamente convenido que las obligaciones del asegurador derivadas de la cobertura de esta póliza, finalizan en el instante en el que el asegurado haya regresado a su domicilio habitual, o haya sido ingresado en un centro sanitario situado como máximo a 25 km. de distancia del citado domicilio (15 km. en las Islas Baleares y Canarias).*

La Sala considera que estamos ante una cláusula delimitadora, y por tanto, oponible frente a terceros.

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

- La falta de autorización por parte del paciente no supone asumir la obligación de pago de los servicios hospitalarios.

SAP de Barcelona nº 348/2022, de 7 de julio.

La Audiencia Provincial de Barcelona, Sección 13.<sup>a</sup>, en su Sentencia núm. 348/2022, de 7 de julio ha conocido de un supuesto en el que un centro hospitalario, tras atender a una paciente y comprobar que la compañía aseguradora no se hacía cargo de los costes, reclama su pago a la paciente. No obstante, la referida Audiencia Provincial declara que la paciente no viene obligada a hacerse cargo de los costes por haber incumplido el hospital las obligaciones de información que le impone la normativa de defensa de los consumidores y usuarios.

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

- **Asistencia sanitaria en sanidad pública a paciente mutualista: procede facturar a la entidad aseguradora.**

STSJ Galicia de 2 de febrero nº 620/2022, rec. 15143/2022.

La entidad aseguradora SEGURCAIXA ADESLAS interpone recurso contencioso-administrativo contra el acuerdo dictado por la Xunta Superior de Hacienda, en la reclamación económico-administrativa presentada contra la factura por la asistencia sanitaria prestada en concepto de gastos sanitarios derivados de la atención sanitaria realizada en el CHUAC en concepto de valorar la viabilidad y procedencia de un trasplante de corazón.

La recurrente considera que no es tercera obligada al pago porque no autorizó las actuaciones sanitarias facturadas, por lo que entiende que el beneficiario acudió a servicios médicos distintos de los asignados en el cuadro sin que se le hubieran denegado por la entidad. Alega que la autorización lo fue para valoración de trasplante, pero sin análisis, pruebas clínicas y demás actuaciones clínicas.

La Sala desestima el recurso de la entidad aseguradora ya que no sería posible emitir la valoración que se autorizó sin realizar análisis y pruebas clínicas:

*“Se reclamó a la demandante los gastos referidos por su condición de tercera obligada al pago, ya que en virtud de un concierto con la mutualidad de funcionarios correspondiente, asume la asistencia sanitaria de los mutualistas. Con independencia de que la asistencia estuviera o no autorizada, dado que el paciente mutualista de MUFACE optó por un aseguramiento privado asumido por la entidad recurrente, esta mantiene su condición de tercero obligado al pago del importe de las atenciones o prestaciones sanitarias a favor de la mutualista, conforme se recoge del Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud (CSCSNS).”*

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

## II.- RECURSOS HUMANOS

- No procede reservar en exclusiva la materia de prevención de riesgos laborales a la Mesa General de Negociación del artículo 36.3 del Estatuto Básico del Empleado Público.

STS 15-12-2022, nº 1661/2022, rec. 2868/2021.

La controversia gira, principalmente, en torno a cuál de las Mesas Generales de Negociación a que se refiere el artículo 36 del Estatuto Básico del Empleado Público compete conocer sobre la participación y representación en materia de prevención de riesgos laborales. Si la prevista en el apartado 3 de ese precepto, es decir, la que conoce de las materias y condiciones comunes al personal funcionario, estatutario y laboral por ser común a los tres la materia de prevención de riesgos, o si, por el contrario, debía ser la Mesa General de Negociación, tal como sostuvieron los sindicatos recurrentes en la instancia, para los que el acuerdo del Consejo de Gobierno --y antes el de la Mesa Común-- vulneraban los artículos 14 y 28 de la Constitución.

Se declaró interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia en establecer:

*"si la materia de prevención de riesgos laborales es de carácter común y, por tanto, competencia de la Mesa General Común del artículo 36.3 del TREBEP, o si ha de ser negociada previamente por las Mesas previstas en el artículo 34 del TREBEP"*.

Para dar respuesta a la cuestión planteada, la Sala estudia la legislación de prevención de riesgos laborales para comprobar que en la Ley 31/1995 se canaliza la participación y negociación en esta materia a través de los cauces específicos propios de los funcionarios y del personal laboral. No es extraño, por tanto, que el acuerdo de 6 de noviembre 2001 (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía del 10 de noviembre) fuera negociado en la Mesa General de Negociación y para el personal funcionario.

A la vista del propósito del legislador de prevención de riesgos laborales, unido a la remisión del artículo 37.1 j) del Estatuto Básico a la Ley 31/1995, la Sala declara aplicable al caso las previsiones de dicha Ley. Por tanto se desestiman los recursos de casación, pues la ley 31/1995 no prevé una mesa o lugar de negociación común.

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

- No corresponde a la Administración sanitaria exigir el requisito de colegiación a sus profesionales.

STS 02-12-2022, nº 1612/2022, rec. 6124/2021.

El Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Galicia, tras tener conocimiento de que el Servicio Gallego de Salud contrataba a higienistas dentales no colegiados, se dirigió a su Secretaría General Técnica denunciando tal proceder y poniendo de manifiesto su irregularidad. Además, le instó que se adoptaran las medidas oportunas para garantizar la obligación de dichos profesionales de colegiarse.

El Juzgado de lo Contencioso Administrativo n.º 1 de Santiago de Compostela, y posteriormente la Sección Primera de la Sala de La Coruña, desestimaron los recursos del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Galicia.

El auto de la Sección Primera de 4 de mayo de 2022 que admite a trámite este recurso ha apreciado que suscita, tal como hemos reflejado en los antecedentes, la siguiente cuestión de interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia:

"Si, en relación a las profesiones sanitarias respecto de las que sea predicable la obligación de colegiación ex Disposición Transitoria 4ª de la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio y, pese a la ausencia de desarrollo normativo de la misma en la autonómica respecto del cumplimiento del requisito de colegiación por parte de aquellos empleados públicos o si, por el contrario, dicha labor de vigilancia corresponde con carácter exclusivo a los respectivos colegios profesionales".

La respuesta:

*"A falta de una ley o disposición con fuerza de ley estatal, no cabe exigir a la Administración que exija el cumplimiento de la obligación de colegiación de los empleados públicos que ejercen profesiones sanitarias".*

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

En relación con este mismo asunto véase:

<https://revista.uclm.es/index.php/cesco/article/view/476>

### **III.- FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS.**

- **Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Informe monográfico. 2022.**

La información sobre la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud (SNS), se ha venido incluyendo como capítulo específico en los distintos Informes Anuales del SNS. En el Informe anual del SNS 2020-2021, que corresponde con los datos de la Prestación Farmacéutica de 2019, se muestra una información más resumida de ese capítulo.

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



- **Oficina de farmacia: la Administración no puede imponer requisitos por instrucción.**

**STSJ de Asturias, nº 906/2022 de 16 noviembre.**

El Consejero de Salud dicta resolución autorizando el cambio de titularidad, autorización de cambio de oficina de farmacia suministradora del Depósito de Medicamentos y cambio de clasificación de centros sanitarios a favor del recurrente.

En fechas posteriores se solicitó la sustitución del médico facultativo prescriptor y administrador de los tratamientos, que no fue autorizada al carecer la nueva de la formación exigida consistente en Máster de al menos 600 horas.

La exigencia del Máster de 600 horas, se contempla en una Instrucción dictada para funcionamiento interno en este servicio vigente desde enero de 2020 (Instrucción 1/2020), que no ha sido publicada en el BOPA, añadiendo la Administración que esta exigencia no es tal si el facultativo se encontraba previamente autorizado para el ejercicio de la oferta asistencial U.48 Medicina Estética en otros centros de esta comunidad.

La cuestión a resolver estriba en si cabe la denegación de la autorización en base a un requisito que no aparece impuesto en las normas estatales ni autonómicas, ni tampoco incluido con carácter específico para la oferta asistencial U.48 Medicina Estética por ninguna otra disposición general.

Habida cuenta que una mera instrucción no es instrumento jurídico hábil para introducir un requisito de habilitación (en este caso la posesión de un máster de 600 horas) que no aparece establecida en una disposición general, es evidente que no puede asentarse en aquélla la denegación de la autorización por lo que procede la íntegra estimación del recurso y el reconocimiento de la situación jurídica individualizada solicitada por la parte recurrente.

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

- **Confidencialidad: notificación de sucesos adversos por productos sanitarios.**

**STS 1363/2022, nº de rec 517/2021.**

La cuestión que presenta en este recurso interés casacional consiste en determinar si la información de incidentes adversos notificados por profesionales sanitarios al punto de vigilancia de productos sanitarios, está o no amparada en la confidencialidad establecida por el artículo 7 del Real Decreto 1591/2009, de 16 de diciembre, aunque dichos incidentes no hayan sido verificados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

La respuesta de la Sala a tal cuestión, es que la confidencialidad a que se refiere el artículo 7 del Real Decreto 1591/2009 constituye una regulación parcial sobre acceso a la información sin que imponga una confidencialidad absoluta. *“...la previsión de confidencialidad habrá de ponderarse en atención a los intereses públicos y privados que pueda poseer la información controvertida y con sujeción al principio de proporcionalidad, como establecimos en la sentencia de esta Sala de 8 de marzo de 2021.”*

Voto particular

*“En definitiva, aunque la decisión mayoritaria de la Sala dice mantener la línea interpretativa de la sentencia nº 314/2021, de 8 de marzo (casación 1975/2020), entendemos que se aparta sustancialmente de ella y que la orientación que ahora se acoge conduce a resultados difícilmente conciliables con los postulados de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno”.*

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

#### **IV.- FACTURACIÓN POR GASTOS SANITARIOS COVID**

- **Atención sanitaria por COVID a paciente mutualista: prestación sanitaria de salud pública cuyo importe debe ser asumido por la Administración.**

**STSJ Madrid de 30 de septiembre nº 741/2022, rec. 297/2022.**

La sección sexta del TSJ de Madrid estima el recurso contencioso-administrativo promovido por la representación procesal de ASISA en un caso en el que se discute si corresponde a la entidad aseguradora asumir la cobertura de los gastos ocasionados por asistencia médica a paciente de COVID-19. La resolución acordando que corresponde sufragar los gastos sanitarios a la aseguradora recurrente se sustenta esencialmente en aplicación de la cláusula 4.1 del Concierto del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) con entidades de Seguro para la asistencia sanitaria de titulares y beneficiarios del ISFAS durante los años 2020 y 2021.

El recurrente aduce, en sustancia, que las prestaciones sanitarias por COVID-19 estaban enmarcadas en las medidas adoptadas en materia de Salud Pública por las autoridades sanitarias, habiendo de ser asumidas -y sufragadas- por las Comunidades Autónomas y sus Servicios de Salud, estando excluidas de la cobertura del ISFAS según la Disposición Adicional Cuarta de la Ley 16/2003 de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y, por ende, tampoco estaban cubiertas por el Concierto de Asistencia Sanitaria ya citado.

La Sala considera que en este caso *“estamos ante actuaciones de salud pública de la exclusiva competencia de las administraciones sanitarias competentes, y que han sido objeto de financiación extraordinaria a tales efectos mediante el Fondo COVID-19 habilitado por Real Decreto-ley 22/2020, de 16 de junio, destinado exclusivamente a las citadas administraciones públicas y del que no se benefició la sanidad privada; (...) Llegar a otro parecer conllevaría admitir la posibilidad de un enriquecimiento injusto por parte de las administraciones públicas sanitarias competentes, destinatarias exclusivas del citado Fondo COVID, que de no asumir y reintegrar los gastos de asistencia sanitaria en que ha incurrido la entidad recurrente no estarían destinando el citado fondo al fin asistencial excepcional para el que fue éste creado.”*

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

- Atención sanitaria por COVID a paciente mutualista: prestación sanitaria cuyo importe debe ser asumido por la entidad aseguradora.

STSJ Madrid de 21 de octubre nº 959/2022, rec. 1668/2021.

En este otro caso la sección octava del TSJ desestima el recurso de la entidad aseguradora ASISA. La controversia suscitada gira en torno a si resulta o no ajustada a Derecho la Resolución dictada por la Junta Superior de Hacienda de la Comunidad de Madrid que desestima la reclamación económico administrativa presentada contra la desestimación del recurso de reposición interpuesto frente a una liquidación de gastos por asistencia sanitaria por enfermedad COVID-19, prestada a un paciente afiliado a MUFACE por importe de 3.353,00 euros.

El motivo de la desestimación radica en considerar que la asistencia sanitaria prestada era responsabilidad de la entidad aseguradora por no ser prestación de salud pública:

*“pese al contexto en que se produjo, de crisis sanitaria ocasionada por la pandemia por COVID-19, no se entiende excluida de la que la demandante venía obligada a prestar según el Concierto. Ello es así porque ni se trataba de una actuación en materia de salud pública propiamente dicha, menos aún de una actuación de vigilancia epidemiológica, como postula la parte demandante, sin perjuicio, claro está, de la necesaria comunicación a las autoridades sanitarias sobre los casos atendidos por COVID-19 (...) tratándose en este caso de prestaciones de asistencia sanitaria (concretamente, de hospitalización) no excluidas de la cartera de servicios a realizar dentro del Concierto con MUFACE a sus beneficiarios, habiéndolas, además, autorizado con posterioridad (ocho meses después) a su realización, la exigencia a la actora, en su condición de tercero obligado al pago, de los costes derivados de tales actuaciones es conforme a lo establecido en el artículo ochenta y tres de la Ley 14/1986, de 25 de abril , por lo que el presente recurso será íntegramente desestimado.”*

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

## **V.- RESPONSABILIDAD SANITARIA**

- Condena indebida a la compañía aseguradora.

STSJ de Castilla-La Mancha nº 10347/2022 nº de rec 105/ 2020

La sentencia de primera instancia condenó al SESCAM y a MAPFRE a indemnizar a los demandantes en la cantidad de 301.232,20 €. Dicha compañía aseguradora apela la sentencia afirmando -como alegato principal- que no debe ser condenada porque nada al respecto se pidió por los demandantes en su demanda.

En la demanda formulada no se interesó la condena de la compañía aseguradora, sino solamente la de la Administración. Por ello, aunque la aseguradora estaba legitimada para comparecer e intervenir en la causa, no debió ser condenada, porque ninguna condena se pidió.

## VI.- CONTRATACIÓN PÚBLICA

- Procedente modificación del precio de adjudicación de contrato para adquisición de mascarillas COVID.

SAN de 10 de octubre de 2022, nº rec. 19/2022.

La juzgadora en la instancia declara no ajustada a Derecho la minoración del precio de adjudicación del lote 8 (Mascarillas de protección-eficacia de filtración equivalente a FFP2), que la Administración justificó en circunstancias derivadas de la evolución del mercado, y el interés general al redundar la minoración del precio en la eficiente utilización de los fondos públicos, lo que contribuye a la estabilidad presupuestaria y al control del gasto.

Para el juzgador de instancia tales razonamientos no tienen amparo en los pliegos del Acuerdo Marco, ni en el contrato suscrito, y las causas invocadas por la Administración no cumplen las exigencias del precepto en el que se basa y tampoco quedan acreditadas, sin que, por tanto, concorra causa que justifique la modificación de una condición esencial del Acuerdo Marco, como es el precio.

Por el contrario, la Audiencia Nacional considera que la decisión de la Administración se considera suficientemente justificada, y tiene cabida dentro de la legislación de contratación pública:

*“En el presente caso, una de las empresas parte del acuerdo marco solicitó la minoración del precio unitario del acuerdo marco para el lote 8, por razón de la variación de las condiciones del mercado de suministro del tipo de mascarillas incluidas en ese lote. Ante ello, previos los informes preceptivos, y tratándose de una circunstancia sobrevenida no previsible, la Administración tenía la potestad y el deber de ajustar los precios a la baja, en observancia del principio de integridad y de una eficiente utilización de los fondos, que se recoge en el artículo 1 de la LCSP. Resultando palmario el interés público que preside la minoración de precios unitarios del material sanitario que se hubo de adquirir mediante tramitación de emergencia, ante la inminente necesidad de provisión de material y productos de protección e higiene frente la pandemia; siendo de general conocimiento la escasez de mascarillas - y de otros productos- durante los primeros meses, incluso en el ámbito sanitario, los precios de las mismas en el mercado minorista y cómo, a medida que pasaron unos meses, la venta se normalizó y los precios bajaron notablemente”.*

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

## **VII.- SALUD PÚBLICA**

### **- Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España. Informe SESPAS 2022.**

*“La pandemia de COVID-19 ha mostrado su carácter sindémico, ya que al contagio por coronavirus se une la alta prevalencia de enfermedades crónicas en un contexto de gran desigualdad social, con un claro gradiente en todas ellas. Los objetivos de este artículo son: 1) mostrar un marco conceptual que permita identificar los determinantes de la desigualdad social en la COVID-19; 2) mostrar la evidencia disponible sobre las desigualdades socioeconómicas en diversos aspectos relacionados con la COVID-19 en España; y 3) realizar recomendaciones para monitorizar, comunicar e intervenir con políticas para la disminución de las desigualdades sociales en la COVID-19, mostrando ejemplos desarrollados en España. El marco conceptual incluye factores determinantes estructurales e intermedios que reflejan los diferentes ejes de desigualdad que caracterizan el carácter sindémico de la COVID-19. La revisión de la literatura publicada en España hasta julio de 2021 describe un gradiente socioeconómico en la COVID-19, aunque con hallazgos no siempre consistentes, así como un impacto desigual de muchas medidas de control de la pandemia. Las propuestas para la disminución de las desigualdades sociales en la COVID-19 incluyen: 1) garantizar la monitorización y la investigación con perspectiva de equidad; 2) reducir las desigualdades en COVID-19 a través de sus factores determinantes intermedios y estructurales; y 3) diseñar modelos de comunicación y marcos de comprensión de la pandemia que den prioridad explicativa a la desigualdad social. Teniendo en cuenta la naturaleza sindémica de la COVID-19 y el conocimiento acumulado, los sistemas de vigilancia, las intervenciones y la comunicación deben incluir la perspectiva de la equidad.”*

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

## **VIII.- PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

- Sanción de la AEPD al SERMAS: el sistema de información sanitaria únicamente debe permitir el acceso por parte de los profesionales sanitarios a los historiales de sus pacientes.

**Expediente N.º: PS/00587/2021 Resolución de 18 noviembre 2022.**

Hechos:

El supuesto de hecho que ha dado lugar a este procedimiento consiste en el acceso por parte de una persona de enfermería del Servicio de Quirófanos respecto a una paciente que recibió asistencia médica en el Servicio de Urgencias.

La parte reclamante expone que, el día 16 de mayo de 2020, presentó una reclamación ante la Dirección del Hospital Universitario de la Paz donde trabajaba, por el presunto acceso indebido a su historia clínica por parte de una compañera de trabajo, y que únicamente ha recibido respuesta de que se daba traslado de su reclamación a la Dirección Médica del Hospital La Paz para su investigación.

Indica que el día 13 de mayo de 2020, en torno a las 8 horas de la mañana, la citada enfermera, del servicio de quirófano en el edificio general del Hospital Universitario la Paz de Madrid, aprovechándose de su condición de enfermera y utilizando sus claves personales de acceso, entró, sin que mediara relación asistencial ninguna, en su historia clínica, sita en la base de datos "sistema informático HCIS.

Manifiesta que el mismo día 13 de mayo de 2020, informó de los hechos descritos a la supervisión de enfermería del servicio de quirófano donde trabajaba la enfermera, así como a la Dirección de Enfermería del Hospital la Paz.

La AEPD sanciona a la Administración sanitaria por no implantar las adecuadas medidas de seguridad, y en particular por el incorrecto diseño de los perfiles de acceso en el sistema de información sanitaria:

*“...no viene reflejada en el documento una medida que sería básica, y es que cada uno de los profesionales sanitarios pudiera tener acceso a las historias clínicas únicamente de aquellos pacientes sobre los cuales despliegan su actividad asistencial. (...)*

*De lo expuesto, se evidencia que el reclamado, como responsable del tratamiento objeto de estudio, no ha mostrado la diligencia que le resultaba exigible para establecer las medidas de seguridad que resultan necesarias para evitar la filtración o difusión de este tipo de datos a terceros. En este sentido, la configuración de las medidas técnicas y organizativas debe realizarse para que, con carácter previo a la realización de los tratamientos de datos personales, se garantice que únicamente pueda tener acceso a las historias aquel personal que desarrolle su actividad asistencial sobre el titular de estas.*

*En caso de que la aplicación informática que controle el acceso a las historias clínicas estuviera correctamente programada, podría determinar, en el momento en que se solicita el acceso, si quien lo solicita (en función de su especialidad, turno o actividad en ese momento) debe estar legitimado para acceder a ella”.*

Junto a la infracción anterior, la AEPD pone de manifiesto la importancia de la realización periódica de auditorías, *“de modo que puedan detectarse fallos en el sistema que, a su vez, aconsejen modificar los protocolos de acceso en caso de accesos indebidos”.*

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

## **IX.- PROFESIONES SANITARIAS**

- Funciones de los auxiliares de enfermería y limpieza de los equipos de protección individual.

ATS de 17 de Noviembre, nº de rec. 3717/2022.

La cuestión que presenta interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia es la atinente a determinar si entre las funciones del personal auxiliar de enfermería cabe considerar integrada la limpieza y desinfección de los equipos de protección individual reutilizables por otros profesionales.

Los motivos justificativos:

1. Por su proyección en todos los centros hospitalarios.

*Por la innegable proyección de la controversia suscitada al amparo del artículo 88.2.c) de la LJCA, puesto que la utilización de los equipos de protección individual no se circunscribe a la situación causada por la pandemia del Covid-19, sino que estos equipos son utilizados habitualmente en los distintos centros hospitalarios, de modo que resulta conveniente un pronunciamiento aclaratorio de este Tribunal Supremo en relación con la atribución de la función de su limpieza y mantenimiento.*

2. Por la indefinición de las funciones que tienen atribuidas el colectivo de auxiliares de enfermería.

*Por la contradicción, puesta de relieve por la parte recurrente, que existe entre los pronunciamientos de los distintos órganos jurisdiccionales a este respecto, y que revela cierta indefinición en las funciones atribuidas al colectivo en cuestión y una cierta ambivalencia entre las competencias específicas y las que eventualmente se les pueden atribuir de forma residual.*

- 3.- No existe interpretación de la Orden Ministerial de 1973 respecto a las funciones de los auxiliares de enfermería y los EPI.

*Y, en fin, a lo anterior se añade que no deja de ser cierta la apreciación que, en relación con la concurrencia del supuesto de interés casacional individualizado en el artículo 88.3.a) LJCA realiza el escrito de preparación, pues si bien la norma principalmente cuestionada -la Orden Ministerial de 1973- no constituye una norma novedosa, la misma, pese a haber sido interpretada y aplicada por la jurisprudencia, lo ha sido en relación con otros supuestos y no, en concreto, en relación con el uso y mantenimiento de los equipos de protección individual.*

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



## X.- RESPONSABILIDAD SANITARIA

- No corresponde a la parturienta la elección de la técnica instrumental. Competencia del obstetra.

STSJ Galicia de 30 de Noviembre, nº 917/2022, rec. 163/2022.

La parte demandante denuncia que la progenitora, durante el parto, se vio sometida a estrés, miedo, indefensión y gran humillación; que hubo una falta de información en cuanto los padres no fueron advertidos de la fractura de clavícula ni de las lesiones causadas a la madre durante el parto, tales como la sutura de episiotomía que le sigue produciendo molestias durante las relaciones sexuales.

La Sentencia recuerda cuáles son las competencias de los profesionales sanitarios durante el proceso de parto:

*“No correspondía a la parturienta, en este caso, la elección de la técnica instrumental a emplear, sino al obstetra. La consecutiva utilización de ese instrumental vino impuesta por las circunstancias del momento en el curso del parto y al objeto de evitar o no prolongar el sufrimiento fetal. En todo caso, obra en las actuaciones el documento acreditativo del consentimiento prestado por la recurrente en el que se le informaba de todas estas posibilidades, sin olvidar la información verbal por ella recibida al respecto.”*

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

- Fallecimiento de la paciente por infección.

STSJ Cataluña de 17 de Noviembre, nº 4018/2022, rec. 1309/2020.

Paciente de 76 años de edad ingresó en el Hospital de Terrassa por presentar una necrosis aséptica en la cabeza de fémur derecho para que le practicasen la colocación de una prótesis total de la cadera derecha.

A lo largo del post operatorio se constató que varios parámetros analíticos estaban fuera de los parámetros estándar, es decir son patológicos.

Durante su estancia en el hospital precisó de la administración de diversas unidades de sangre, por la persistencia de una hemorragia en la herida operatoria y el descenso de la hemoglobina y los hematocitos.

Es dada de alta a pesar de seguir sangrando por la parte inferior de la herida. 48 horas después de trasladarse a su domicilio vuelve al Servicio de Urgencias del Hospital por empeoramiento del estado general y local de la herida, siendo ingresada nuevamente; se somete a tratamiento antibiótico por la presencia del estafilococo áureos, e intervenida nuevamente para practicar limpieza de la zona operada y sustitución de la prótesis. A pesar de ello la paciente empeoró presentando insuficiencia respiratoria asociada a parada cardiorespiratoria, secundaria a shock séptico.



Debido a la falta de mejoría se le vuelve a intervenir localizándose un hematoma profundo. Se le interviene de nuevo para extraer el hematoma y revisar la herida. Se le cambia el antibiótico por Vancomicina, pero no se utiliza la Rifampicina. El estado de salud fue empeorando hasta producir el exitus.

De los hechos relatados la Sala advierte que en el tratamiento médico y quirúrgico dispensado concurrieron dos circunstancias determinantes de responsabilidad patrimonial:

1.- Consentimiento informado incompleto.

*La primera, un déficit en el contenido del consentimiento informado efectuado a la paciente, aquejada, a sus 76 años, de relevantes patologías previas, esencialmente una hepatitis crónica que la hacía especialmente proclive a sufrir infecciones con ocasión de la intervención, consistente en la colocación de una prótesis total de cadera derecha, que le fue practicada.*

*De modo que, no informada debidamente de las posibles consecuencias de sus circunstancias particulares de salud, perdió la oportunidad de decidir, con todos los elementos de conocimiento, sobre la procedencia de someterse a la intervención quirúrgica de referencia.*

*Bien que no consta, ni ha sido ilustrado por ende el Tribunal, ni antes el Juzgado a quo, sobre si existían realmente alternativas a dicha intervención, frente a la necrosis aséptica de la cabeza de fémur derecho que sufría la paciente.*

2.- No se le administró el fármaco adecuado.

*“La segunda circunstancia determinante de responsabilidad patrimonial consistió en que no le fue suministrado el fármaco antibiótico Rifampicina, que según los criterios técnicos de que se dispone, hubiera ampliado significativamente las posibilidades de atajar la infección sufrida por la paciente, aunque también suponía un riesgo en relación con la enfermedad hepática que aquella sufría.”*

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

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

- Estudio de la Fundación Economía y Salud sobre Evaluación de los Servicios de Salud en 2022.

Las 10 medidas con menor grado de desarrollo detectadas en el informe, y que se deberían potenciar en 2023, son:

- Desarrollo de Organizaciones Sanitarias Líquidas: es decir con mucha mayor imbricación e interacción con el entorno social y el entorno vital de los pacientes.
-

- Realizar una evaluación del impacto económico en sanidad de las epidemias/pandemias, pero también de los factores de riesgo más nocivos para la salud como son el tabaquismo, el sedentarismo, la alimentación rica en azúcares simples, etc.
- Desarrollar una Historia Clínica Sociosanitaria o al menos que la historia clínica contemple muchos más datos sociales del paciente.
- Tener Fondos de Inversión para contingencias de salud de alto impacto económico como pueden ser una epidemia o el lanzamiento de un nuevo medicamento o terapia eficaz, pero muy cara.
- Desarrollar un verdadero Liderazgo Participativo y comprometido en las organizaciones sanitarias con los profesionales.
- Fomentar más las Acreditaciones Externas e Internas de Calidad relacionadas con la seguridad del paciente.
- Tener mucha disponibilidad de resultados, evaluaciones tecnológicas para los clínicos a través de vías fáciles como pueden ser avisos y enlaces integrados en la historia clínica electrónica.
- Implementar Incentivos para los profesionales sanitarios alineados con la estrategia del servicio de salud.
- Tener un Plan Estratégico Sociosanitario actualizado para los servicios de salud.
- Fomentar las decisiones compartidas con los pacientes más allá de los meros consentimientos informados.

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

- **Universidades y Hospitales: legalidad del Real Decreto 822/2021 por el que se modifica el Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio.**

**STS de 16 de Noviembre, nº 1499/2022, rec. 426/2021.**

La cuestión a dilucidar versa sobre si la mayor intensidad de la intervención de la universidad que ya tiene convenio respecto de la ampliación a otra y otras universidades (pueden ser públicas o privadas) de la actividad del hospital universitario, resulta o no conforme a Derecho.

La disposición final primera del Real Decreto 822/2021 modifica el Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las universidades y las Instituciones sanitarias; en su párrafo segundo de esa disposición final primera, establece que los hospitales universitarios no podrán estar vinculados por concierto o convenio a más de una universidad para la impartición de una misma titulación, salvo situaciones excepcionales, en los que la universidad inicialmente conveniada esté de acuerdo en la ampliación a otra o a otras universidades de la actividad de ese hospital universitario.

En respuesta a la controversia suscitada en relación con dicho párrafo, el TS no advierte discriminación alguna entre la universidad pública y la universidad privada:

*“...lo cierto es que la norma que contiene la disposición final primera impugnada, no distingue entre las universidades de titularidad pública y privada, se refiere simplemente a las “universidades” en general, es decir, a todas. Así es, la norma del apartado segundo de la citada disposición establece la posibilidad de que una universidad distinta a la que ya tiene el convenio realice también actividad en el mismo hospital universitario, repárese que se alude “a otra o a otras universidades” sin aludir a su titularidad pública o privada.*

*Sin que, por lo demás, la referencia del párrafo tercero, sobre la necesaria armonización de la capacidad formativa del sistema público sanitario pueda ser determinante de invalidez, porque ni la parte recurrente pone de manifiesto que dicha armonización debería ser predicable de las universidades privadas, ni la alusión a la universidad pública guarda relación con el alegato de la recurrente respecto de esta disposición final primera, que se centra en la conformidad de la universidad que ya tiene convenio, ni se advierte, en fin, que pueda comportar un trato discriminatorio, pues lo que hace es atender a la competencia propia sobre las universidades”.*

Asimismo la Sala manifiesta que la cuestión ahora suscitada no tiene nada que ver con la ya resuelta en sentencia de 29 de junio de 2020 (recurso de casación núm. 7697/2018), en aplicación de la doctrina de la STC 14/2019, de 31 de enero. En el citado recurso de casación se trataba de determinar si, a la vista del marco normativo aplicable, era posible, o no, un pronunciamiento que reconozca a una universidad privada el derecho a suscribir convenios de cooperación educativa en instituciones sanitarias públicas, en materia de prácticas académicas curriculares.

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

## 6.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

### I.- Bibliografía

- Movilidad de pacientes en el SNS. Equilibrios políticos, institucionales y financieros.

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

- La salud mental de las personas trabajadoras.

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

### II.- Formación

#### DERECHO SANITARIO

- Convocatoria premios Asociación de Juristas de la Salud 2023.

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

#### PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- IV Congreso Nacional y I Congreso Internacional de Derecho de la Discapacidad: Activación laboral y protección social de las personas con discapacidad.

Los días 15, 16 y 17 de febrero de 2023 se celebrará, en Barcelona, el “IV Congreso Nacional y I Congreso Internacional de Derecho de la Discapacidad”.

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

# -NOTICIAS-

- Cataluña, Navarra y Madrid son las CCAA que peor pagan a sus médicos temporales de Atención Primaria.

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

- *"No hay más médicos en España; a ver si nos enteramos".*

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

- El medicamento más caro del mundo: un nuevo fármaco para terapia génica contra la hemofilia.

El tratamiento con Hemgenix, recién aprobado por Estados Unidos, cuesta 3,5 millones de dólares.

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

- El Congreso aprueba la ley que rebaja a los 16 años el aborto sin permiso paterno y elimina el plazo de reflexión.

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

- El Supremo establece que debe haber autorización judicial o del paciente para recabar datos médicos en investigaciones.

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

- Condenan al IbSalut a indemnizar con 168.000 euros a la familia de una mujer fallecida tras un retraso en el diagnóstico.

Inicialmente se trató como un “bulto de grasa” lo que resultó ser un tumor maligno

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

- A juicio 8 sanitarios de Asturias por fisgar el historial de un médico metido en una pelea. El fiscal pide penas que suman 22 años de prisión para los implicados, y el perjudicado reclama el pago de una indemnización de 60.000 euros.

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

- Doctora Gloria Gálvez: *"El riesgo de muerte por error médico es superior al de un accidente de aviación".*

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

- Un título medio de euskera puntúa el doble que un doctorado en la OPE de Osakidetza.

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

- Ratificado el acuerdo de la mesa sectorial de sanidad para ampliar la carrera profesional al personal temporal del servicio de salud.

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

- El trabajador ya no estará obligado a entregar a la empresa su baja médica.

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

- El SOS del pequeño Manuel: *"Su tratamiento ha pasado de costar 17 euros cada tres meses a 1.600 a la semana"*.

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

# **-BIOETICA Y SANIDAD-**

## **1- CUESTIONES DE INTERES**

- **ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA ADOLESCENCIA. DEL MENOR MADURO AL ADULTO AUTÓNOMO.** Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Volumen X. Septiembre-Octubre 2022. nº 3. M. Vieito Villar.

El autor concluye en su trabajo afirmando que *“la capacidad decisoria es posible por debajo de los 16 años en un contexto sanitario. La interpretación monolítica que considera una decisión en mayoría de edad sanitaria, y rechaza la autonomía por debajo de esta edad, no es, en nuestro parecer, una visión que se cohoneste con el Ordenamiento Jurídico aplicable.”*

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

- **EL GRAN ESCÁNDALO DE SIDA EN CHINA | DW DOCUMENTAL - YOUTUBE**

*“Una joven campesina lucha contra el sida y por la justicia en China. A pesar de los encubrimientos del gobierno, Ximei está defendiendo audazmente a las víctimas de la epidemia de sida causada por donaciones de sangre contaminada. En la década de 1990, una campaña iniciada por el gobierno chino logró que campesinos y campesinas comunes vendieran su sangre. Se pagó cinco dólares estadounidenses, aproximadamente el salario de un mes, a los residentes pobres de la provincia de Henan por sus donaciones de sangre. Las conservas de sangre se revendieron a precios elevados, con consecuencias catastróficas para muchos receptores. El material médico contaminado provocó que unas 300.000 personas se infectaran con el VIH, lo que desencadenó una epidemia de sida. Tras enfermar, la campesina Ximei, como muchos otros, se encuentra aislada en las llamadas «aldeas del sida», donde, en lugar de rendirse a la muerte, lucha resueltamente por su vida y la de sus semejantes. Sus valientes acciones, compasión y optimismo convirtieron la tragedia de los marginados de Henan en una historia de esperanza. La película premiada fue producida por Ai Wei Wei”.*

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

- **EL CONCEPTO DE MUERTE NATURAL HOY, ENTRE LA FUTILIDAD Y LA NECESIDAD ÉTICA. UN CONCEPTO PARA EL SIGLO XXI.** Cuadernos de Bioética. 2022; 33(109): 293-302. M. Carmen Massé García.

*El concepto de muerte natural ha estado presente en la reflexión filosófica, médica y social desde hace siglos, cumpliendo una doble función: comprender la finitud humana y esperar un modo deseable de alcanzar el final de nuestros días. Hoy, esos objetivos han quedado desdibujados por la sensación de control sobre la muerte que da la alta tecnificación de la medicina, los sueños de inmortalidad alimentados por los medios y la confusa línea trazada entre la autonomía y la dignidad. En este artículo se estudia el concepto de muerte natural que en el pasado siglo XX fue objeto de debate entre sanitarios y bioeticistas y que hoy cobra un especial protagonismo. La “naturalidad” de la muerte pretendía ser una suerte de frontera ética frente a cualquier forma de violencia, injusticia, tecnificación excesiva o intromisión de la voluntad humana. Hoy, muchos de esos aspectos quedan desdibujados en un contexto tan poco natural como es el hospitalario. Además, también el ámbito forense ha encontrado serias dificultades para excluir cualquier intervención humana, voluntaria o involuntaria en buena parte de las muertes, puesto que poco hay ya de natural en aquello que respiramos, comemos o bebemos. A partir de todo ello, se ofrece una propuesta de redefinición que responda a una doble necesidad: la necesidad social de integrar la inevitable mortalidad y la necesidad personal compartida de llegar al final tras un proceso humanizador que excluya toda responsabilidad humana. Es la muerte natural antropológicamente posible y éticamente deseable.*

**Más información:** [repositorio.comillas.edu](http://repositorio.comillas.edu)

- **BIOÉTICA DE LAS DEMENCIAS. NUEVOS ASPECTOS BIOJURÍDICOS DE LA DEMENCIA EN LA LEY 8/2021.** Isabel Eugenia Lázaro González. Facultad de Derecho. Universidad Pontificia Comillas.

*“En la reforma se echa de menos la presencia del principio del interés superior del individuo con discapacidad dando a este principio un papel similar al del interés superior del niño en las decisiones que afectan a los menores de edad. El temor a la sustitución de la autonomía de la voluntad de la persona con discapacidad por la voluntad de otros ha llevado a suprimir este principio.*

(...)

*Para que la Ley responda adecuadamente a las necesidades de las personas con discapacidad, es preciso un sistema judicial con medios suficientes para entrar con detenimiento en las situaciones individuales, acompañarlas en el tiempo y asegurar que las medidas de apoyo adoptadas tengan la flexibilidad necesaria para adaptarse a los cambios que se vayan produciendo en la persona a la que se da apoyo. La ley introduce en la nueva regulación correctivos, pero éstos llevan consigo un significativo esfuerzo de interpretación y dejan un amplísimo margen de arbitrio judicial. Este amplio margen de decisión a los jueces no va acompañado de criterios para ayudar a los jueces a tomar las decisiones”.*

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



## 2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

### I.- Bibliografía

- Los derechos de los simios

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

### II.- Formación

- XVII Seminario Internacional de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Barcelona: "*La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y la neuroética*".

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

- Actividad transversal curso 2022-2023: Aspectos éticos y normativos en la investigación con seres humanos. Papel de los comités.

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

- IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN - ANCEI, que tendrá lugar los días 25 y 26 de mayo de 2023 en Gijón.

*Más información:* [congresoancei2023.com](http://congresoancei2023.com)