



**SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-
LA MANCHA.**

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 219 Enero 2024.
Editado por la Secretaría General del Sescam.
ISSN 2445-3994.
Revista incluida en Latindex.

asesoria.juridica@sescam.jccm.es

EQUIPO EDITORIAL:

D. Vicente Lomas Hernández.
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

D^a. Lourdes Juan Lorenzo.
Secretaría General. Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

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

SUMARIO:

-DERECHO SANITARIO-

1.-LEGISLACIÓN.

I.-LEGISLACIÓN ESTATAL. [4](#)

II.- LEGISLACIÓN AUTONÓMICA. [4](#)

2.-TRIBUNA.

- LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PERIODO NEONATAL. [9](#)

Por: Ángel Salcedo Madrdejós.
Enfermero especialista en pediatría.

3.-SENTENCIA PARA DEBATE.

- EL TRIBUNAL SUPREMO RECONOCE EL DERECHO DE LAS PACIENTES DE LA SANIDAD PÚBLICA A DECIDIR EL DESTINO DE LAS CÉLULAS MADRE. [14](#)

4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.

5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.

-NOTICIAS-

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de enero de 2024 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética. [40](#)

-BIOÉTICA y SANIDAD-

1.- CUESTIONES DE INTERÉS.

42

2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.

44

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I. LEGISLACIÓN ESTATAL

- Estatutos de las infraestructuras de investigación europeas para las tecnologías de obtención de imágenes en ciencias biológicas y biomédicas como consorcio de infraestructuras de investigación europeas (Euro-BioImaging ERIC).

boe.es

- Resolución de 26 de octubre de 2023, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os: fiebre.

boe.es

- Resolución de 15 de diciembre de 2023, de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, por la que se modifican los anexos I y II de la Orden de 20 de enero de 1994, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se fijan modalidades de control sanitario de productos de comercio exterior destinados a uso y consumo humano y los recintos aduaneros habilitados para su realización.

boe.es

II. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.

MELILLA

- Orden nº 78, de fecha 9 de enero de 2024, relativa al uso obligatorio de mascarillas en los centros sanitarios, sociosanitarios y farmacias.

bome.es

GALICIA

- Decreto 12/2024, de 11 de enero, por el que se regula la organización, la promoción y la carrera profesional del personal de investigación de carácter laboral en los organismos de investigación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Galicia.

dog.es

ANDALUCÍA

- Orden de 19 diciembre 2023, donde se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios para el año 2024.

boja.es

- Resolución de 22 de enero de 2024, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se crea la Comisión de Trasplantes de Andalucía.

boja.es

ARAGÓN

- Decreto 8/2024, de 10 enero donde se regula el Registro Sanitario de Establecimientos Alimentarios de Aragón y se establece el procedimiento de inscripción y autorización de los establecimientos alimentarios.

boa.es

- Orden SAN/1951/2023, de 22 de diciembre, por la que se regulan los procedimientos y requisitos para la realización de estudios observacionales con medicamentos en la Comunidad Autónoma de Aragón.

boa.es

- Orden SAN/1950/2023, de 22 de diciembre, por la que se regula el Registro de Atención Sanitaria Especializada en la Comunidad Autónoma de Aragón.

boa.es

- Orden SAN/1/2024, de 8 de enero, relativa al uso de mascarillas en los centros sanitarios, sociosanitarios y centros de servicios sociales especializados de Aragón.

boa.es

CATALUÑA

- Resolución SLT/16/2024, de 8 de enero, por la que se adopta la obligatoriedad del uso de la mascarilla en centros y servicios sanitarios para la prevención y el control de infecciones.

dogc.es

PAÍS VASCO

- Acuerdo de 19 de diciembre de 2023, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se exime del requisito de

nacionalidad en los procesos de selección temporal que convoque la Dirección General de Osakidetza, ante la necesidad objetiva y de urgente cobertura de las categorías / puestos funcionales de personal facultativo médico y de personal de enfermería.

bopv.es

- Acuerdo de 19 diciembre 2023 donde se aprueban las tarifas por prestación de servicios sanitarios y docentes a terceros obligados al pago, durante el ejercicio 2024.

bopv.es

ASTURIAS

- Resolución de 8 enero 2024 donde se establecen las medidas cautelares en materia de salud pública de carácter extraordinario, urgente y temporal, necesarias para hacer frente al incremento de las infecciones respiratorias en el territorio del Principado de Asturias.

bopa.es

MURCIA

- Orden de 28 diciembre 2023, por la que se aprueba el Plan de Urgencias de Oficinas de Farmacia en la Región de Murcia, para el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024.

borm.es

VALENCIA

- Decreto 14/2024, de 23 de enero, del Consell de regulación en materia de personal de los efectos de la extinción del contrato de gestión de servicio público por concesión del Departamento de Salud de Dénia.

dogv.es

- Resolución de 13 diciembre 2023, por la que se aprueba la modificación intradepartamental del mapa sanitario de la Comunitat Valenciana, con modificación de adscripción de profesionales sanitarios, de las zonas básicas 9 y 10 del Departamento de València Clínico-Malvarrosa.

dogv.es

NAVARRA

- Orden Foral 428E/2023, de 19 de diciembre, del consejero de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 186E/2022, de 25 de mayo, de la consejera de Salud, por

la que se designan los miembros del Comité de Bioética de la Comunidad Foral de Navarra.

bon.es

- Orden foral 391E/2023, de 27 de noviembre, del consejero de Salud, por la que se regula el procedimiento para la provisión de jefaturas de servicio y sección asistenciales en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

bon.es

BALEARES

- Acuerdo de 5 enero 2024 del Servicio de Salud de las Illes Balears donde se determina la cuantía económica de determinadas plazas de muy difícil cobertura en el Área de Salud de Menorca del Servicio de Salud de las Illes Balears.

boib.es

MADRID

- Decreto 9/2024, de 31 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se crea y regula el funcionamiento del registro de la Red de Laboratorios e Infraestructuras Científico-Técnicas de la Comunidad de Madrid.

bocm.es

- Orden 1975/2023, de 29 de diciembre, de la Consejera de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Comunidad de Madrid.

bocm.es

CANTABRIA

- Orden núm. SAL/3/2024, de 8 enero por la que se crea el sello electrónico para el ejercicio de actuaciones administrativas automatizadas del Servicio Cántabro de Salud.

boc.es

- Orden núm. SAL/2/2024, de 8 enero por la que se regula el uso del Sistema de Código Seguro de Verificación para garantizar la autenticidad en actuaciones administrativas electrónicas del Servicio Cántabro de Salud.

boc.es

- Resolución por la que se ordena la publicación del Acuerdo por el que se autoriza la ampliación del periodo de disfrute de vacaciones y permisos al personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.

boc.es

CASTILLA LA MANCHA

- Resolución de 10 enero de 2024 por la que se acuerda la publicación de los precios públicos en los laboratorios de salud pública de la Consejería de Sanidad.

docm.es

2.-TRIBUNA:

LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PERIODO NEONATAL

*Ángel Salcedo Madrideojos.
Enfermero especialista en pediatría.
Graduado en Derecho.
Especialista en Derecho Sanitario y Bioética.*

1. INTRODUCCIÓN

Para encuadrar el tema es necesario apuntar que la muerte en periodo neonatal es un hecho poco frecuente. El porcentaje de defunciones por mil nacidos vivos en menores de 28 días es del 1,76 en el año 2021; (INE: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=29285>).

Por lo demás, son situaciones que en su práctica totalidad acontecen en unidades de cuidados intensivos neonatales y, por lo tanto, atendidas por el personal que allí prestan servicio. En este punto sería conveniente destacar la necesidad de que este personal (facultativo y de enfermería), además del necesario reciclaje y formación continuada en actualización de medios técnicos y farmacológicos, lo fuera también en nociones bioéticas.

En las unidades de cuidados intensivos neonatales, por lo tanto, pueden tener lugar este tipo de situaciones, que son complejas y controvertidas, con alta incertidumbre en ocasiones, en el sentido de llegar a decidir o determinar que cuadros han de abordarse o dirigirse por la vía de los cuidados paliativos o cuando dirigir los esfuerzos hacia la supervivencia. Por este motivo, con frecuencia, se precisa la consulta a los Comités de Bioética de los respectivos hospitales, poniendo en su conocimiento todos los detalles del caso en cuestión.

Asimismo se hace también necesario tratar de implementar protocolos o guías de actuación en cuidados paliativos en las unidades neonatales, que al menos establezcan un marco mínimo en el que los profesionales encuadren sus actuaciones, de manera común, a pesar de que las variabilidades casuísticas en cada caso concreto tengan cabida, como es obvio, dependiendo de las singularidades de cada patología, familia, necesidades etc.

2. CASOS SUSCEPTIBLES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Podemos agrupar los casos en dos grandes grupos:

Uno de ellos sería en de los supuestos de patologías para las que no existe tratamiento, son irreversibles y van a provocar el fallecimiento del recién nacido de manera cierta en un periodo de tiempo más o menos dilatado dependiendo la propia naturaleza de la enfermedad o cuadro concreto. En este grupo nos encontraríamos, por ejemplo,

supuestos de anencefalías, agenesias renales bilaterales, prematuridades extremas (23 semanas de gestación), trisomía 13 o Sd. De Patau, trisomía 18 o Sd. de Edwards.

El otro grupo lo constituirían supuestos para los que, a pesar de existir tratamiento, estos tienen altas probabilidades de fracaso y en caso de supervivencia se va a provocar que el recién nacido tenga una calidad de vida muy precaria y dependiente de manera total, absoluta y permanente de medidas de soporte vital. Podríamos poner como ejemplo cardiopatías congénitas severas.

3. ENFOQUE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Quiero destacar cuatro pilares que considero fundamentales de cara a construir una atención paliativa de calidad, que adecuadamente conjugados, y a los que se pueden sumar otros, constituirán una adecuada atención para este tipo de situaciones.

3.1. Equipo Multidisciplinar.

Es necesario el abordaje de estos supuestos desde una perspectiva multidisciplinar, de cara a prestar una asistencia holística; es decir, la atención al paciente y a su familia debe realizarse por todo el equipo de la unidad de cuidados intensivos en cuestión: pediatras, neonatólogos, enfermeras; también fisioterapeutas y rehabilitadores; además de por otro tipo de personal: psiquiatras y psicólogos.

El proceso que guía estos casos es el de toma de decisiones, que a su vez debe estar presidido por la deliberación, de los profesionales entre sí y de estos con las familias de cara a consensuar actuaciones.

Destacaré el importante papel del personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos neonatales, pues por las características de su labor asistencial es personal que está las 24 horas del día a pie de cama, lo que hace que se conviertan en el primer colectivo en percibir las necesidades de las familias, recepcionar sus dudas, inquietudes y ansiedad. Por la misma razón son el personal que primero detecta las necesidades del paciente y aplica de manera directa, ante la presencia de las mismas, las medidas de cuidados paliativos consensuadas. Este personal es quien yuxtapone o conecta a las familias con el personal facultativo, de manera que el colectivo enfermero debería de gozar de mayor peso específico en el proceso de toma de decisiones en cuidados paliativos.

3.2. Dignidad

Concepto que, a mi juicio, es la clave y del que deberían partir los demás y condicionar toda la actuación y toma de decisiones en materia de atención paliativa.

La dignidad de la persona, como valor inherente a la misma, que consiste en el derecho de cada cual a determinar libremente su vida de forma consciente y responsable y a obtener el correspondiente respeto de los demás. El paciente no es una patología o un conjunto impersonal de síntomas, es un ser humano con necesidades de todo tipo, no sólo las derivadas de su enfermedad, sino también emocionales, espirituales, psicológicas etc. La asistencia sanitaria debe humanizarse y humanizar al paciente. El

ser humano enfermo, y por lo tanto frágil, necesita más que nadie ser contemplado en su totalidad, es decir, en sus aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales, culturales y espirituales. Hay que situar en la cúspide de las necesidades del paciente la primacía de su bienestar, respetando su autonomía, y teniendo en cuenta los principios que dicta la Bioética: No Maleficencia, Beneficencia, Justicia y Autonomía, que deben presidir y guiar estos casos de manera muy especial.

El artículo 10 de la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado de 1986 establece que el niño tiene *“derecho a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla”*; el mismo texto nos indica asimismo, en su artículo 12, que el niño tiene también *“derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse”*.

Por otro lado, en estos casos (recordemos, nos encontramos ante neonatos) no debemos olvidar que la toma de decisiones debe tener en cuenta el Interés Superior del menor, esto es: en situaciones en las que la toma de decisiones sobre cuestiones relacionadas con la vida y la salud de un menor de edad corresponde a terceras personas (progenitores por representación vs personal sanitario) debe quedar completamente garantizados los derechos más fundamentales del menor; dicho de otro modo, garantizar que los menores de edad tienen derecho a que en la adopción de medidas sobre su vida no se conculquen otros derechos y siempre sean en su beneficio, respetando su dignidad.

En este punto nos encontraríamos en esa superación, que ya parece cosa del pasado de ese paternalismo que tradicionalmente impregnaba la asistencia sanitaria. No siempre hacer todo lo posible es lo correcto desde el punto de vista ético (no siempre más es mejor). La obstinación terapéutica, en situaciones en las que no se obtiene un beneficio claro para el paciente conculca la dignidad del mismo.

3.3. Dolor

Es el síntoma físico principal, también hay otros, además de las medidas de confort necesarias que requiera en determinado momento el paciente: aspiración de secreciones, cambios posturales, medidas de posicionamiento y contención y control ambiental.

Para valorar adecuadamente el dolor existen escalas de diferentes tipos, muchas de las cuales analizan signos fisiológicos (saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y tensión arterial, así como signos comportamentales (llanto o expresión facial). Con ello se identifica la existencia o no de dolor y se clasifica su intensidad; todo ello de cara a poder aplicar la analgesia adecuada. La analgesia se puede administrar por vía oral, aunque en él una unidades de intensivos suele existir disponibilidad de vías endovenosas. También se describen como adecuada en ocasiones la intranasal y excepcionalmente la subcutánea.

Un adecuado control del dolor va unido intrínsecamente al respeto a la dignidad del paciente.

3.4. Familias

Es otro punto crucial, pues no sólo precisa atención el paciente, sino que la asistencia paliativa debe englobar como a un todo a la familia (los padres) del neonato. Estas son situaciones que generan un enorme desconcierto y dolor, pues nadie está preparado para asumir el final de una vida que acaba de comenzar y la enorme ruptura de las ilusiones que unos padres han proyectado alrededor del nacimiento de un hijo.

El personal debe contar con las familias y atender sus necesidades psicológicas y espirituales a la hora de enfocar el caso y en la toma de decisiones, una vez han sido completamente informados (y comprenden) del diagnóstico, pronóstico expectativas del caso y alternativas de tratamiento. Es necesario establecer relaciones de confianza, mediante la comunicación permanente, la empatía y escucha activas, desde la plena disponibilidad para hablar con ellos cuando lo precisen, evitando en esos momentos las pausas o interrupciones, de cara a recepcionar sus inquietudes y zozobras.

Los profesionales deberán dirigirse a los padres y hablarles con total claridad, sin ambigüedades, explicándoles los signos previsible que puedan acontecer en determinados momentos a su hijo, durante todo el proceso y sobre todo al final, en el momento de la retirada o desescalada de medidas de soporte vital, como pueden ser “gasing”, convulsiones, cambios de color, etc. Proporcionarles intimidad, flexibilizar las entradas o estancias en la unidad y nunca cortocircuitar el vínculo de los padres con su hijo, para una elaboración posterior del duelo normalizada, resulta otro extremo sumamente importante en la relación con la familia. Si la infraestructura de la unidad lo permite, lo ideal es que la familia disponga de un espacio íntimo (por ejemplo una habitación individual o espacio más aislado y apartado), con control de luz y contaminación acústica.

Resulta fundamental facilitar que tengan contacto con el niño, participando, por ejemplo, en los cuidados rutinarios del mismo y que lo sostengan en brazos (extremo que queda a su elección) a la hora del fallecimiento, favoreciendo una adecuada despedida, permitiendo los rituales de cada familia y dando tiempo y apoyo que necesiten; también en la elaboración del duelo (en este punto no es conveniente excederse, pues no hacen falta frases grandilocuentes ni condescendientes por nuestra parte, sólo hacerles saber que estamos ahí y compartimos su dolor: una mirada o una mano en el hombro pueden ser suficientes).

4. CONCLUSIONES

La asistencia de manera integral al niño y a su familia desde la humanización asistencial y teniendo cuenta los principios que nos dicta la bioética, dan como resultado que los cuidados paliativos brindados en el periodo neonatal pueden ser de calidad. Una atención multidisciplinar al paciente y su familia, como un todo, con necesidades no sólo físicas, y teniendo como guía la dignidad nos garantiza una asistencia sin fallas.

No se debería caer en la obstinación terapéutica y adecuar el esfuerzo terapéutico, limitándolo, en los casos en los que el mantenimiento de medidas no supongan un beneficio claro en el paciente.

Este paciente que nos es asignado durante un turno o una guardia es el hijo de alguien y esos padres deben ser adecuadamente atendidos como una parte más del caso, pues la muerte es vivida por las familias como una pérdida enorme e irreparable.

La función de los profesionales de las áreas neonatales en situaciones paliativas es la de atender de manera exquisita cuadros tan devastadores, asumiendo el papel de garantes de la dignidad de los neonatos y sus familias.

3. SENTENCIA PARA DEBATE.

EL TRIBUNAL SUPREMO RECONOCE EL DERECHO DE LAS PACIENTES DE LA SANIDAD PÚBLICA A DECIDIR EL DESTINO DE LAS CÉLULAS MADRE.

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

PRIMERO.- En los Boletines de Derecho Sanitario nº 137 y 147, informábamos respectivamente de las STSJ de Galicia de fecha 18 de noviembre de 2015, y STSJ de Aragón núm. 469/2016 de 31 octubre, que estimaban sendos recursos interpuestos por una empresa que actuaba como establecimiento de tejidos para la conservación de SCU. En ambos casos la recurrente, titular de un establecimiento de tejidos en la Comunidad de Madrid, para poder prestar sus servicios a las madres que daban a luz en hospitales públicos, autorizados para la obtención de SCU, y que deseaban preservarla para un eventual uso autólogo, pretendía ante las Administraciones gallega y aragonesa que se le autorizara la firma o suscripción de los acuerdos de colaboración. Sin la firma de estos acuerdos no podría llevarse a cabo su actuación de recogida de la SCU obtenida en tales hospitales para su posterior traslado al establecimiento de tejidos de su titularidad, quedando con ello privadas las madres que den a luz en dichos hospitales del derecho a la preservación de la SCU para su uso autólogo eventual.

SEGUNDO.- La situación ha experimentó un cambio radical favorable a los intereses de las Administraciones sanitarias pública a raíz de la STS 915/2018 de 4 de junio, en la que se decía textualmente que *“una cosa es que desde tal condición suscriba acuerdos con centros hospitalarios que cuenten con unidades de obtención, y otra cosa distinta es que se convierta la exigencia legal de tal acuerdo -que es un requisito de actividad de los centros de obtención- para erigirlo en un derecho ejercitable frente al SERGAS que le obligue a convenir o acordar con IVIDA el envío de la sangre procedente del cordón umbilical procedente de sus centros de obtención no para donación, sino para uso autólogo eventual (...): la cuestión es que será legítimo el deseo de IVIDA de ampliar su actividad mercantil a los centros del SERGAS, pero tal pretensión no puede sustentarse en que el SERGAS esté normativamente obligado a pactar o acordar con IVIDA. Frente a lo que se denomina “decisionismo” administrativo, no cabe oponer una suerte de “decisionismo” empresarial que implique para la Administración sanitaria asumir una obligación porque así lo decida en este caso IVIDA”*.

En conclusión:

Las entidades titulares de establecimientos privados de tejidos no tiene reconocido derecho subjetivo a exigir de los centros sanitarios públicos la firma de este tipo de acuerdos para hacer efectiva la opción de las usuarias sobre el uso autólogo de la SCU, y en segundo lugar, no estamos ante una prestación sanitaria incluida en la cartera de servicios del SNS.

TERCERO.- La STSJ de Extremadura 74/2021, de 22 de abril se pronunció sobre si una usuaria del servicio de salud puede reclamar el ejercicio de los derechos recogidos en el Real Decreto-Ley 9/2014. Partiendo de la STS antes mencionada, el Tribunal autonómico concluyó que el servicio de salud debe atender la petición de la usuaria pues, de lo contrario, se produciría una situación discriminatoria en función donde residan los progenitores, pues algunas CCAA han celebrado convenios de colaboración con establecimientos privados de tejidos y bancos de sangre.

Dicha sentencia fue recurrida, y el ATS de junio de 2022 estableció como cuestión de interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia la siguiente:

1º Determinar si la previsión recogida en el art.11 del Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, referida a la necesaria suscripción de un acuerdo de colaboración entre la unidad de obtención de las células madre del cordón umbilical y el establecimiento de tejidos supone la imposición de una obligación legal al correspondiente Servicio de Salud al poder considerar la misma presupuesto necesario para hacer efectivo el derecho de la usuaria a conservar las células madres del cordón umbilical para un uso autólogo eventual.

2º De ser resuelta en sentido afirmativo la cuestión anterior, determinar si el ejercicio de ese derecho podría suponer la ampliación, vía judicial, de la cartera de servicios reconocida en el Sistema Nacional de Salud o si, se trata del mero ejercicio de un derecho previsto en el mencionado Real Decreto-ley.

La Sentencia de la que ahora se hace eco el Gabinete de Comunicación del Poder Judicial, cuyo enlace se facilita al final del presente artículo, concluye que:

“Las Comunidades Autónomas, en el ejercicio legítimo de sus competencias en materia sanitaria y respetando los servicios comunes establecidos por el sistema nacional, pueden optar: bien porque sus hospitales públicos incluyan la prestación del servicio consistente en poner a disposición de los pacientes la posibilidad de conservar las células o tejidos para su uso autólogo eventual; bien por no prestar este servicio, restringiendo la conservación y almacenamiento de la sangre del cordón umbilical a los supuestos de donaciones a terceros (uso alogénico)”.

Pero, en este último caso, *“debe preservarse el derecho de las usuarias del servicio público de salud a decidir sobre el destino del cordón umbilical, permitiendo así la viabilidad de la legítima opción que la ley confiere a la paciente consistente en obtener y conservar las células madre existentes en la sangre del cordón umbilical para uso autólogo eventual. De modo que no puede impedir que los usuarios de un hospital público se vean privados de poder ejercer el derecho reconocido en el art. 7.2 de la Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, al negarse a suscribir el protocolo necesario que permita que la paciente pueda conservar sus células madre en un centro privado externo debidamente autorizado para ello”.*

La diferencia entre la STS del año 2018 y la STS de 2024, radica por tanto en que en el primer caso era la entidad titular del establecimiento privado de tejidos la que solicita de la Administración sanitaria la suscripción de un convenio para que las embarazadas que lo deseen puedan conservar la SCU en sus instalaciones; por el contrario, en esta otra STS es la propia usuaria la que solicita de la Administración sanitaria la misma pretensión de cara a permitir que se haga efectivo el derecho que le asiste, la formalización del necesario protocolo de la sanidad pública con la entidad privada de conservación de células madre de SCU.

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

4. - DOCUMENTOS DE INTERÉS.

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

I.- PROFESIONES SANITARIAS

- Decreto 188/2018, de 19 de octubre, del Consell, por el que se regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para su prestación: los farmacéuticos de las oficinas de farmacia no pueden acceder a la historia clínica.

STS nº 63/2024, de 17 de enero, nº rec. 7403/2021.

El Consejo Autonómico de Colegios Médicos Valencianos impugnó el Decreto 188/2018, de 19 de octubre, del Consell, por el que se regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para su prestación.

El Alto Tribunal descarta una eventual infracción de la normativa sobre protección de datos o, directamente, sobre el acceso a la historia clínica, debido a que el artículo 6.3 del Decreto impugnado no habilita a los farmacéuticos para acceder a una documentación cuyo acceso corresponde a los profesionales asistenciales que diagnostican o instauran un tratamiento (cfr. artículo 16.1 de la Ley de Autonomía del Paciente).

Dicho precepto reglamentario sólo prevé un modo de comunicación -el informático- entre el equipo asistencial y la información farmacoterapéutica. De tal regulación no se puede deducir que se abra una ventana de acceso a la historia clínica pues tal acceso queda reservado a los profesionales asistenciales que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente.

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

- Impugnación del RD 589/2022, de 19 de julio, por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, por la Alianza de la Sanidad Privada Española.

STS nº 1742/2023, de 20 de diciembre, nº rec. 856/2022.

El presente recurso contencioso-administrativo es interpuesto por la representación procesal de Alianza de la Sanidad Privada Española contra el Real Decreto 589/2022, de

19 de julio, por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud. Por los preceptos reglamentarios impugnados y por las alegaciones de la entidad recurrente, este recurso contencioso-administrativo es sustancialmente igual a otro ya resuelto, en sentido estimatorio, mediante nuestra sentencia nº 1262/2023, que se puede consultar en el Boletín de Derecho Sanitario y Bioética del mes de noviembre:

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

Se declara la pérdida de objeto del recurso contencioso-administrativo interpuesto por la representación procesal de Alianza de la Sanidad Privada Española contra el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, con imposición de las costas al Abogado del Estado hasta un máximo de 4.000 € por todos los conceptos.

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

II.- RECURSOS HUMANOS

- **SERMAS: No son equiparables los servicios prestados en centros públicos y privados.**

STSJ Madrid nº 822/2023, de 14 de diciembre, nº rec. 1639/2022.

Se recurre en apelación sentencia desestimatoria del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo del recurso contencioso-administrativo interpuesto frente a la Resolución de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria y Salud Pública de la Comunidad de Madrid que confirma la Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud, de 26 de mayo de 2021, por la que se aprueban las bases generales y los baremos de méritos que han de regir las convocatorias de los procesos selectivos de personal estatutario del Servicio Madrileño de Salud, derivados de las ofertas de empleo público de la Comunidad de Madrid para los años 2018 y 2019.

Las bases impugnadas otorguen menor puntuación a los profesionales que prestan servicios en estos centros concertados que a los que lo hacen en los centros gestionados por la demandada de modo directo.

El recurso de apelación se fundamenta en los siguientes motivos:

- (i) Infracción por falta de aplicación del art.88 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en relación con La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud y disposición adicional octava de Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. La diferencia de baremo para valorar la experiencia profesional por servicios prestados en centros públicos de gestión directa e indirecta (inferior en el caso de los de gestión indirecta) es discriminatoria.

- (ii) Infracción por falta de aplicación de la reciente jurisprudencia existente en esta materia (sentencias dictadas por el Tribunal Supremo el 10 de febrero de 2020 y 13 y 28 de mayo de 2020). El TS ha resuelto que la denegación del reconocimiento del derecho a la percepción de trienios al personal sanitario que presta servicios en centros concertados es discriminatoria.

El TSJ desestima el recurso por haberse ya se ha pronunciado sobre las cuestiones litigiosas que se suscitan, entre otras resoluciones, por ejemplo, en la sentencia de 21 de abril de 2023, sin que se pueda aplicar al presente supuesto la doctrina jurisprudencial, según la cual la naturaleza del centro o su modo de gestión no es una circunstancia relevante para negar el derecho a la percepción de los trienios por el personal sanitario con ocasión del tiempo de servicios prestados durante la residencia (MIR) en centros sanitarios de titularidad privada. Dicha doctrina, por tanto, no es aplicable al supuesto de hecho que examina la jurisprudencia relativa a la calificación de los servicios previos prestados a efectos de valoración de méritos en un procedimiento de concurrencia competitiva por tratarse de una controversia distinta.

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

- **Los servicios prestados para Mutuas de AT/EP son equiparables a los prestados en el SNS.**

STS nº 53/2024, de 16 de enero, nº rec. 8301/2021.

El recurrente, enfermero de profesión, se presentó a la Bolsa de Empleo Temporal convocada por el Servicio Andaluz de Salud. A efectos del baremo, alegó los servicios prestados como enfermero en el Hospital del Fremap de Sevilla sosteniendo que debían valorarse en 0,30 puntos por mes; y ello por entender que se trata de servicios prestados en el Sistema Sanitario Público Andaluz, dado que Fremap es una mutua colaboradora de la Seguridad Social. El SAS, sin embargo, no le valoró los mencionados servicios.

Disconforme con ello, acudió a la vía jurisdiccional, donde su pretensión fue estimada. El recurso de apelación de la Administración fue estimado invocando el criterio establecido por STS de 26 de mayo de 2020 (rec. nº 5036/2017), en la que se afirma que los servicios prestados en las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social deben ser valorados; pero no como servicios prestados en el Sistema Sanitario Público Andaluz, sino como servicios prestados en centros sanitarios privados concertados. Esta era la otra posibilidad prevista en el baremo, que lleva aparejados 0,10 puntos por mes.

El recurrente alega que las bases de la convocatoria de la Bolsa de Empleo Temporal del SAS hablaban de "*centros integrados en el Sistema Nacional de Salud*", concepto en el que quedan subsumidas las mutuas, concluyendo así que no es ajustado a Derecho tratarlas como centros sanitarios privados concertados.

Según la Sala:

Las bases de la convocatoria para la Bolsa de Empleo Temporal distingüían, a efectos de la valoración de servicios previos, entre "centros integrados en el Sistema Nacional de Salud o en el Sistema Sanitario Público Andaluz" y centros sanitarios privados concertados. Si esta es la disyuntiva, es claro que las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social están más próximas a los centros integrados en el Sistema Nacional de Salud.

La respuesta a la cuestión de interés casacional objetivo es:

“Que, a efectos de su valoración como méritos en procesos selectivos, los servicios prestados en las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social son equiparables a los prestados en el Sistema Nacional de Salud”.

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

- **TS. Reitera doctrina sobre personal interino nombrado para realizar una misma función y en un mismo centro, mediante nombramientos sin interrupción significativa o un solo nombramiento.**

STS nº 1734/2023, de 20 de diciembre, nº rec. 81/2022.

El TS reitera doctrina jurisprudencial sobre la utilización por la Administración sanitaria de personal interino para realizar una misma función y en un mismo centro, mediante nombramientos sin interrupción significativa de la continuidad en la relación de servicio o un sólo nombramiento:

1.- Abuso de derecho.

Constituye objetivamente un abuso del empleo público de duración determinada, máxime cuando dicha situación se prolonga durante un período dilatado de tiempo.

2. Legalidad del nombramiento si pese a su duración se acredita que no estaba destinado a satisfacer necesidad permanente.

La calificación de la situación como objetivamente abusiva sólo puede excluirse si la Administración muestra que dicha utilización del empleo público de duración determinada no estaba encaminada, en el caso concreto, a satisfacer una necesidad permanente.

3. No cabe aplicar la figura del personal indefinido no fijo.

Tratándose de una relación de empleo estatutaria o funcionarial, para lograr una estabilidad en el puesto no cabe aplicar el régimen y categorías propias de las relaciones laborales.

4.- No cabe reconocimiento del derecho a indemnización.

El hecho de que haya habido una situación objetivamente abusiva no implica, automáticamente, que el personal estatutario interino luego cesado haya sufrido un daño efectivo e identificado, no cabe, por tanto, reconocer un derecho a indemnización por esa sola circunstancia. No obstante, sí cabrá reclamar por aquellos daños materiales o morales, por una disminución patrimonial o una pérdida de oportunidad que el empleado público interino no tuviera el deber jurídico de soportar y para ello deberá presentar una reclamación por daños efectivos e identificados con arreglo a las normas generales en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración y, por supuesto, acreditar tales daños.

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

- **Estabilización: conversión de nombramiento eventual de larga duración en nombramiento interino/sustitución.**

STS nº 1564/2023, de 24 de noviembre, nº rec. 7539/2021.

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

El Acuerdo de estabilización se aplica a quienes finalicen su relación de empleo eventual, en cuyo caso no se les deja para un nuevo nombramiento, sino que se les mantiene si es que concurren dos circunstancias:

1º Que hubieran sido "... seleccionados, en cumplimiento de los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, por los procedimientos establecidos en el texto refundido y actualizaciones del Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad...", luego es inherente a la conversión en interinos que esos eventuales superasen las exigencias de igualdad, mérito y capacidad. La falta de consideración de este condicionante por parte de la sentencia impugnada justifica que la hayamos casado y anulado.

2º Y que en ellos "... concorra la circunstancia de haber concatenado nombramientos eventuales durante un período de 12 o más meses en un período acumulado de dos años, en una plaza existente en la plantilla presupuestaria del Servicio Andaluz de Salud en un mismo centro ", luego en fraude por abuso de la temporalidad, fraude que se integra empleando un dato objetivo deducible del artículo 9.3, tercer párrafo, del EMPSS originario, que determinaba posible creación de una plaza orgánica, todo congruente con nuestra jurisprudencia.

El personal temporal eventual con nombramiento fraudulento una vez son nombrados personal interino no sustraen vacantes a los integrantes de las bolsas de empleo temporal pues ya venían desempeñando, de hecho, un puesto realmente vacante como si fueran interinos.

Sería contradictorio con el Acuerdo Marco y con nuestra jurisprudencia que, siendo el objetivo dar estabilidad a los eventuales en fraude, la solución fuese cesarlos para llamar a quienes estén en las bolsas de empleo temporal por el hecho de su mayor antigüedad o puntuación.

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

III.- SALUD LABORAL

- **Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España 2021-2022 - Año 2023.**

El objetivo prioritario es poner a disposición del público interesado, de una forma condensada, la información que permita conocer de primera mano las actuaciones que en el periodo indicado se han llevado a cabo desde la Administración pública así como los resultados obtenidos respecto de las contingencias profesionales proporcionados por el sistema CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social) y PANOTRATTS (Patologías No Traumáticas de la Seguridad Social).

Por parte de las instituciones públicas, se recoge la actuación desarrollada por el INSST como órgano científico técnico especializado de la Administración General del Estado en su misión de analizar y estudiar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo. Por parte del Organismo Estatal Inspección de Trabajo y Seguridad Social (OEITSS) se informa de la actividad de inspección y control de la seguridad y salud. De la misma manera se recoge la evolución de la siniestralidad desde un punto de vista penal con la información presentada por la Fiscalía especial.

Se concluye el informe con la actuación desarrollada por la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, como instrumento de participación para la formulación y desarrollo de las políticas de prevención de riesgos laborales.

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

IV.- CONTRATACIÓN PÚBLICA

- **Externalización de servicios por Osakidetza: la mera existencia de una categoría profesional adecuada no supone automáticamente que el personal en ella integrada tenga la capacidad técnica para realizar cualquier tarea concreta de las que en general pueda tener atribuidas.**

Órgano Administrativo de Recursos Contractuales de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Resolución 228/2023, de 7 de diciembre.

Recurso especial en materia de contratación interpuesto por LANGILE ABERTZALEEN BATZORDEAK contra el anuncio de licitación, el pliego de cláusulas administrativas particulares y el pliego de prescripciones técnicas del contrato “Suministro de gases medicinales y mantenimiento de equipos relacionados para OSI Barakaldo Sestao”, tramitado por Osakidetza. El contrato ha sido calificado como mixto por contener prestaciones propias del contrato de suministro junto con otras típicas del contrato de servicios.

La recurrente plantea que los pliegos y el anuncio de licitación deben anularse por colisionar con el Decreto 106/2008 en el que figura un compromiso de no externalización adquirido por el poder adjudicador que éste pretende eludir incluyendo en el contrato servicios de mantenimiento, lo que infringe el artículo 34.2 LCSP. Además, se alega que Osakidetza cuenta con personal adecuado para esa tarea y que, en su caso, puede contratarlo mediante las fórmulas legales previstas para ello.

El recurso es desestimado. El tribunal administrativo analiza la memoria del expediente (artículos 28.1 y 116.4 e) LCSP) en el que se justifica la contratación por la carencia de “personal propio habilitado ni autorizado”.

Sin embargo estos términos de “personal propio habilitado ni autorizado” no deben entenderse en su sentido literal, es decir, que el personal de Osakidetza no disponga de autorizaciones o habilitaciones administrativas necesarias para el legal desempeño de una actividad, sino también de que, de hecho, carece de la capacitación técnica o experiencia práctica adecuada para ejecutar con garantías la prestación demandada (tal y como sugiere, por ejemplo, la respuesta del poder adjudicador). Aunque escueta, la explicación resumida en el apartado 3) puede considerarse suficiente para satisfacer los requisitos exigidos por los artículos 28.1 y 116.4 f) LCSP. Debe tenerse en cuenta que, como ya ha indicado anteriormente este Órgano, la mera existencia de una categoría profesional adecuada no supone automáticamente que el personal en ella integrada tenga la capacidad técnica para realizar cualquier tarea concreta de las que en general pueda tener atribuidas (ver, por ejemplo, la Resolución 149/2023 del OARC / KEAO). Por otro lado, según el poder adjudicador, la contratación impugnada no supondrá alteración de las tareas asignadas actualmente al personal de Osakidetza, lo que implicaría inexistencia de perjuicio para la promoción profesional de los empleados públicos.

[Más información: contratacion.euskadi.eus](http://contratacion.euskadi.eus)

- **Cómputo de plazos para interposición de recurso especial: extemporaneidad.**

Recurso nº 1504/2023 C. Valenciana 319/2023. Resolución nº 1631/2023.

La Dirección General del Instituto Valenciano de Servicios Sociales (IVASS), convocó licitación por procedimiento abierto y tramitación ordinaria para la contratación del “Servicio de asistencia sanitaria en medicina general a personas usuarias de las residencias de IVASS y del Centro de Día de Carlet, para el periodo de dos años”, con número de expediente IV-MY02/2023. El valor estimado del contrato se fijó en 1.361.301,22 €. El contrato se dividió en cinco lotes.

Consta en el expediente que en fecha 26 de septiembre de 2023 se notificó a la recurrente el acuerdo de exclusión desde la Plataforma de Contratación del Sector Público a su dirección electrónica habilitada, publicándose ese mismo día en la Plataforma. Quiere ello decir que, de acuerdo con el precepto transcrito, debe considerarse notificado el acuerdo que se impugna el día 26 de septiembre de 2023.

A efectos del cómputo del plazo, sólo habría que descontar, además, de los sábados y domingos, el día 12 de octubre de 2023, declarado inhábil, de conformidad con la resolución de 1 de diciembre de 2022, de la Secretaría de Estado de Función Pública, por la que se establece a efectos de cómputo de plazos, el calendario de días inhábiles en el ámbito de la Administración General del Estado para el año 2023 (BOE de fecha 16 de diciembre de 2022).

Por lo tanto, comenzando el inicio del plazo al día siguiente de su notificación y publicación simultánea en la Plataforma de Contratación, esto es el día 27 de septiembre de 2023, los quince días hábiles para interponer el recurso especial expiraron el día 19 de octubre de 2023. Habiendo presentado el recurrente el recurso con fecha 9 de noviembre de 2023, con entrada en el registro de este Tribunal el 10 de noviembre del mismo año; debe concluirse que el recurso se interpuso fuera de plazo y que, por tanto, debe declararse inadmisibile por extemporáneo.

[Más información: hacienda.gob.es](https://www.hacienda.gob.es)

- **El órgano de contratación no está obligado a solicitar subsanación alguna por incumplimiento de los requisitos del pliego de prescripciones técnicas.**

Tribunal Administrativo de Recursos Contractuales de Castilla y León. Recurso 133/2023. Resolución 151/2023.

La empresa recurrente fue excluida del lote 11 “guantes de examen, de nitrilo, no estériles”, en el procedimiento de adjudicación mediante Acuerdo marco con varios adjudicatarios para la contratación del suministro de guantes de uso sanitario, con destino a centros sanitarios dependientes de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Expte.: 043/2023 - Sat 202001318. El motivo de la exclusión fue incumplir su oferta los requerimientos técnicos exigidos en el PPT. Sin embargo considera que debió ser requerida para la subsanación /aclaración de las dudas que en su caso, asaltarán a la Mesa de contratación.

El recurso es desestimado debido a que no existe obligación alguna por parte del órgano de contratación de solicitar subsanación de la [oferta técnica], debiendo soportar el licitador las consecuencias del incumplimiento de su deber de diligencia en la redacción de la oferta (Resolución 016/2013), conclusión que se infiere de la doctrina sentada por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, Sala Cuarta, de 29 de marzo de 2012 (asunto C-599/2010). Lo que sí es posible es solicitar aclaraciones que en ningún caso comporten alteración de la oferta, pero no la adición de otros elementos porque ello podría representar dar la opción al licitador afectado de modificar su proposición lo que comportaría notable contradicción con el principio de igualdad proclamado como básico

de toda licitación en los artículos 1 y 139 del [TRLCSP] (Resolución 94/2013). En definitiva, siendo admisible solicitar aclaraciones respecto de las ofertas técnicas o económicas, `debe considerarse que ese ejercicio de solicitud de aclaraciones tiene como límite que la aclaración no puede suponer una modificación de los términos de la oferta, bien por variar su sentido inicial, bien por incorporar otros inicialmente no previstos´ (Resoluciones 64/2012, de 7 de marzo, 35/2014, de 17 de enero o 876/2014, de 28 de noviembre, entre otras).

Además, en este caso, los pliegos preveían de forma expresa la exclusión del procedimiento de adjudicación de aquellas proposiciones que no cumplieran con los requisitos mínimos exigidos en el PPT. En este punto, la cláusula 5 del PPT establecía como requisito mínimo la posesión de certificado tipo B de mejora de la resistencia a la permeabilidad de los productos químicos, y en cuanto a los certificados, el apartado 13.1 del Cuadro de características disponía que debían tener fecha desde el 1 de enero de 2018 o posterior, hasta la fecha del fin del plazo de presentación de ofertas.

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

- **Anulación de la adjudicación del contrato por insuficiente valoración de los criterios de adjudicación.**

Órgano Administrativo de Recursos Contractuales de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Resolución 234/2023, de 19 de diciembre.

Recurso especial en materia de contratación interpuesto por la mercantil LINDE MEDICA S.L.U. contra la adjudicación del “Contrato de Terapias respiratorias y otras técnicas de ventilación asistida para personas usuarias del Sistema Sanitario de Euskadi (Lote 1)”, tramitado por la Administración General de la CAPV (Departamento de Salud).

La recurrente plantea una indebida aplicación por el poder adjudicador de la potestad discrecional que le asiste en la valoración de varios de los criterios y subcriterios de adjudicación sujetos a juicio de valor.

El informe técnico que sustenta la adjudicación, se observa lo siguiente:

En términos generales, se observa que, si bien en el informe de valoración figura por cada criterio y subcriterio de adjudicación y empresa licitadora una extensa relación del contenido de las ofertas, sin embargo o bien no consta el juicio u opinión que vincule dichas informaciones con las puntuaciones otorgadas o el que figura es tan somero y escueto que no explica la relación entre toda la información resaltada y su valoración.

En concreto:

- En el subcriterio 1.1 “Adecuación de la planificación operativa y organización de los recursos adscritos a la ejecución del contrato al despliegue territorial y funcional de la red asistencial pública”, se observa una sucinta motivación de la oferta de ETH, no suficiente por sí misma para justificar la puntuación asignada,

y en lo concerniente a LINDE únicamente figura una relación de los aspectos de la oferta relativos a medios.

En el subcriterio 1.3 “Protocolos y procedimientos de trabajo”, la escueta calificación de la oferta de ETH como “Buena oferta. Adecuada al territorio”, no puede ser considerada como motivación suficiente de la puntuación otorgada, principalmente porque no consta la peculiaridad de los protocolos ofertados en relación con el Territorio Histórico de Araba. Por su parte, la puntuación asignada a LINDE en este subcriterio va precedida de un listado de los protocolos y compromisos, sin que figure el razonamiento que los vincule.

- En el subcriterio 2.1 “Programas de educación específicos y protocolos de seguridad y confort de los pacientes” únicamente figura una descripción de las ofertas seguida de su puntuación.

- En el criterio 3, “Plan específico de mejora en la adherencia de los pacientes a las terapias objeto del contrato” se resaltan los aspectos de las ofertas más relevantes que los evaluadores manifiestan valorar seguidas de su puntuación, pero sin aportar las razones que la sustentan.

- En el subcriterio 6.2 “Colaboración con instituciones sanitarias para el adiestramiento de pacientes y realización de estudios relacionados con el TDR”, al igual que en el criterio anterior, los evaluadores efectúan un resumen de las ofertas, pero no motivan la puntuación.

[Más información: contratacion.euskadi.eus](http://contratacion.euskadi.eus)

- **Guía para la detección de la colusión en la contratación pública.**

La Guía para la detección de la colusión en la contratación pública ha sido elaborada por la Dirección General de la ACCO. Esta Guía pretende revisar y actualizar la edición publicada en septiembre de 2010, que, a pesar de haber sido pionera en su momento, requiere una adaptación para ajustarla a la evolución constante de los mercados y la consiguiente modificación de la normativa de derecho de defensa de la competencia, así como a los cambios relevantes en la normativa de contratación pública.

La contratación pública es, pues, un ámbito de indudable importancia económica en la economía catalana. Con motivo de la entrada en vigor de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP) y, en especial, de la regulación que efectúa el artículo 150.1 de la LCSP, al prever que los órganos de contratación tienen que trasladar a la ACCO, con carácter previo a la adjudicación del contrato, los indicios fundados de conductas colusorias en el procedimiento de contratación, así como también el establecimiento de una nueva regulación en relación con las prohibiciones de contratar con las administraciones públicas, se considera relevante recoger todas las novedades en esta nueva Guía.

[Más información: acco.gencat.cat](http://acco.gencat.cat)

- **Los licitadores que opten a la adjudicación de un contrato de asistencia médica a domicilio no tienen que ser un laboratorio farmacéutico o almacén para la distribución de oxígeno medicinal.**

STS 1209/2023, de 02 de octubre de 2023.

Se plantea ante la Sala si las empresas prestadoras de servicios de terapia respiratoria domiciliar que incluyan el suministro de gases medicinales a los usuarios finales, sin posibilidad de subcontratación de esta prestación, precisan o no tener la condición y/o las autorizaciones previstas en los arts. 52 y 67.3 del RD-Leg. 1/2015, por el que se aprueba el TR de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, para poder llevar a cabo dicho suministro.

Debe diferenciarse entre la dispensación de medicamentos por las oficinas de farmacias autorizadas y la administración de ese medicamento al paciente previa prescripción de los facultativos competentes. Así, para poder administrar estos medicamentos deben adquirirse de un dispensador o suministrador autorizado para ello, pero no implica que el servicio médico a domicilio deba contar con autorización para suministrar medicinas ni que la adquisición de dichos medicamentos implique la subcontratación del servicio al que se concurre.

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

- **Presunción de veracidad y acierto de los informes técnicos.**

Recurso nº 414/2023. Resolución nº 435/2023.

Recurso especial en materia de contratación interpuesto por la representación legal de Leica Microsistemas, S.L.U., contra la Resolución, de fecha 27 de octubre de 2023, de la Directora Gerente del Hospital 12 de Octubre por la que se adjudica el contrato de “Suministro, instalación y puesta en funcionamiento de microscopios quirúrgicos para el Área Quirúrgica del Nuevo Bloque Técnico y de Hospitalización del Hospital Universitario 12 de Octubre”, Lotes 1 y 2.

LEICA fundamenta su recurso en un único motivo de oposición, esto es, que los equipos ofertados por Car Zeiss Mediatec Iberia, S.A.U., no cumplen con el requisitos de estar exentos de látex y ftalatos. A su juicio cumple con todos los requisitos exigidos en el PPT, salvo estar exentos de látex y ftalatos pues no se aporta ninguna referencia en la ficha técnica que justifique dicho cumplimiento.

El Pliego de Prescripciones Técnicas indica que “todos los artículos anteriormente mencionados deberán estar exentos de látex y ftalatos” en alusión a los microscopios de los cinco lotes; y el pliego de cláusulas administrativas particulares, cláusula 1 apartado 9 requiere “ficha técnicas de los equipos, donde pueda contrastarse el cumplimiento de las prescripción técnicas”, si bien estas fichas técnicas se exigen en relación con los criterios objetivos de adjudicación del contrato, por lo que en principio no sería exigible fichas técnicas que acrediten la ausencia de látex y ftalatos.

Por otro lado, según manifiestan los técnicos especialistas en la materia y que van a ser los receptores de los productos, señalan que no tiene sentido que conste en la ficha tal ausencia pues son componentes que no tienen presencia en este tipo de artículos. Además, achaca la inclusión de este requisito en el pliego el haberse arrastrado de otros pliegos.

El recurso se desestima.

[Más información: comunidad.madrid/tacp.es](https://comunidad.madrid/tacp.es)

V.- LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

- **No ponerse la mascarilla en un reconocimiento médico no justifica la extinción de la IT.**

STSJ Asturias, 1345/2023, de 31 de octubre, nº Rec. 1128/2023.

El actor fue citado para reconocimiento médico ante los facultativos de la Mutua el día 9 de junio de 2021, y se presentó sin llevar mascarilla. Advertido de ello, aportó un informe médico que indica que había sido diagnosticado de asma en la infancia, encontrándose además a tratamiento por ansiedad. El demandante procedió a formular ese día una hoja de reclamaciones, negándose los médicos actuantes a realizarle el reconocimiento.

La Sala desestima el recurso de suplicación interpuesto por la representación letrada de MUTUAL MIDAT CYCLOPS.

Siendo el centro de reconocimiento de la mutua un centro médico, además de espacio cerrado abierto al público, en el que no es posible garantizar el mantenimiento de una distancia de seguridad interpersonal de al menos 1,5m, el uso obligatorio de la mascarilla no es dudoso, tal y como establece el artículo 6.1 del RDley 21/2020 y asumieron las resoluciones de la Consejería de Salud. La exención está prevista, entre otros, para quien presente alguna enfermedad o dificultad respiratoria que se pueda ver agravada por el uso de la mascarilla, siendo un medio para acreditar esa situación, una declaración responsable firmada por la propia persona, descartando expresamente el artículo 1.6 del Anexo de la Resolución de julio de 2020, que sea necesario un informe médico, para evitar la saturación del sistema sanitario.

La sentencia declaró que una vez que había sido citado para el reconocimiento médico para el 9 de junio de 2021, aportó un informe médico que indica que fue diagnosticado de asma en la infancia, y que en el plazo concedido por la mutua para alegaciones tras la suspensión cautelar de la prestación, presentó una Declaración Responsable en la que hacía constar que padecía asma desde la infancia y que se encontraba a tratamiento por ansiedad.

No sólo consta la Declaración Responsable, que es el único requisito exigido por la norma para entender justificado el no uso de mascarilla, sino que el mismo día en que había sido citado para el reconocimiento, entregó un informe médico en el mismo sentido. No se trata de determinar el alcance incapacitante para el trabajo habitual de alguna de las dolencias sino que se valoran como causa justificativa para ser dispensado del uso de la mascarilla en el caso de un centro sanitario, entre otros, por lo que concurre el presupuesto para la exención y su debida comunicación al centro, como valoró la sentencia de instancia, lo que lleva a la desestimación del recurso de suplicación , con expresa imposición de las costas a la recurrente, como entidad colaboradora, conforme con el artículo 235 de la LJS.

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

VI.- REINTEGRO DE GASTOS SANITARIOS

- **Reintegro de los gastos médicos abonados por los cables, portapilas y baterías de un implante coclear.**

STSJ Castilla y León nº 3307/2023, de 13 de septiembre, nº Rec. 2367/2022.

El hijo del solicitante del reintegro de gastos médicos padece pérdida sensorial en ambos oídos congénita, por la que tiene reconocido un grado de discapacidad del 33%, y fue intervenido para la colocación de implantes cocleares en ambos oídos.

Este tipo de implantes quirúrgicos, definidos como producto sanitario, requieren la adquisición de una serie de "consumibles" tales como cables, portapilas, baterías, protectores del micrófono, que la Administración considera que no están incluidos en el Anexo VI Cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica del Real Decreto 1030/2006, ya que según la Orden SAS/1466/2010, el epígrafe OR 1 0 queda redactado de la siguiente forma: "Implantes cocleares (incluida la renovación de los componentes externos: procesador externo, micrófono y antena)". Según la Administración solo quedarían incluidos estos componentes en la Cartera de servicios, debiendo ser excluidos los elementos accesorios reclamados por el actor.

El recurso interpuesto por la Administración sanitaria es desestimado toda vez que tanto los componentes externos como los accesorios son imprescindibles para que los implantes cocleares de los que se beneficia el hijo del actor cumplan la función que les es propia.

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

VII.- PRESTACIONES SANITARIAS

- **Tribunal Constitucional: vacunación de menor frente a la Covid-19.**

STC nº 180/2023, de 11 de diciembre, nº rec. 2354-2022.

El recurso de amparo se dirige contra el auto de 15 de noviembre de 2021 dictado por el Juzgado de Primera Instancia núm. 3 de Valladolid en el procedimiento de intervención judicial por desacuerdo en el ejercicio de la patria potestad 775-2021 que atribuyó a don J.G.L.F., la facultad de decidir sobre la administración de la vacuna frente a la Covid-19 a su hijo menor de edad. También se impugna el auto de 17 de febrero de 2022, dictado por la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Valladolid, en el rollo de apelación núm. 45-2022, confirmatorio del anterior.

La cuestión constitucional suscitada en este recurso en relación con el derecho fundamental a la integridad física y moral (art. 15 CE) es la misma que ya ha sido objeto de análisis por el Pleno de este tribunal en la STC 148/2023, de 6 de noviembre, en cuyos fundamentos jurídicos 4 y 5 se expusieron de manera pormenorizada las pautas de ponderación necesarias para determinar si en este tipo de supuestos se ha vulnerado.

Véase Boletín de Derecho Sanitario y Bioética del SESCAM nº 217:

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

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

- **Eutanasia: La distocia social puede facilitar la decisión de la persona de adelantar la muerte, pero ni es enfermedad grave e incurable ni tiene carácter imposibilitante.**

STSJ Illes Balears nº 36/2024, de 12 de enero, nº rec. 558/2022.

La paciente solicitante de la prestación sanitaria de ayuda para morir, presenta cuadro clínico de cefalea continua resistente a tratamientos, con reagudizaciones asociados a distorsión visual. Además dolores generalizados que impiden actividades de la vida diaria. Disnea a moderados esfuerzos, tiene que parar cada pocos metros. Manifiesta una mala calidad de vida, falta de atención social y familiar, refiere padecer un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, y no quiere someterse a más exploraciones ni se plantea ninguna opción quirúrgica más.

Iniciada la tramitación del procedimiento, tanto el médico responsable, como posteriormente el médico consultor manifestaron que la paciente cumple los criterios que se establecen en la ley de eutanasia, haciendo constar como diagnóstico principal cefalea multifactorial.

Una vez recibida la comunicación médica el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designó a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verificasen si, a su juicio, concurrían los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

Dicho informe fue desfavorable al considerar que, a pesar de la mala situación de salud, i) la paciente no estaba impedida para valerse por sí misma, ii) no cumplía con las recomendaciones, iii) la MPCO estaba clasificada como moderada, y iv) " existen posibilidades de mejora apreciable si se cumplieren las recomendaciones y tratamientos y se llevasen a término actuaciones asistenciales sanitarias y sociales no exploradas todavía".

Ante la reclamación de la paciente frente a la denegación inicial basada en dicho informe, el Pleno de la Comisión, tras solicitar informes complementarios, confirmó el criterio de que la paciente no se encontraba en situación de sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en la Ley.

Con carácter previo a resolver la discrepancia mediante el análisis de los distintos informes, la Sala establece las siguientes premisas:

1ª) Ante el carácter irreversible de la decisión favorable a la prestación, la concurrencia de los requisitos que conforman el contexto eutanásico, ha de ser incuestionable. Ello obliga a que términos calificativos como "grave", "incurable", "insoportable" o "imposibilitante" se interpreten en su acepción más extrema, definitiva y sin expectativa de reversión favorable.

Partiendo de la premisa de que si el deterioro progresa negativamente siempre es posible replantear de nuevo la petición, las posibles dudas han de resolverse en sentido denegatorio de la prestación.

2ª) Para la prestación contemplada en la Ley, el deseo de avanzar la muerte ha de venir acompañado de unos sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables derivados de las enfermedades o patologías para los cuales la ciencia médica no puede garantizar curación o mejoría apreciable, pero no para aquellos supuestos en que el sufrimiento del paciente deriva prioritariamente de un desfavorable apoyo social y familiar. En ocasiones, en el deseo de avanzar la muerte puede influir de modo notable el negativo entorno social y familiar de la persona que manifiesta dicho deseo, pero la carencia de este apoyo no puede servir de elemento equiparable al padecimiento grave, crónico imposibilitante previsto en la Ley.

3ª) La persona es libre de decidir cuándo quiere acabar con su vida, pero la Ley cuya aplicación aquí se pretende no contempla facilitar esta decisión en todo caso, sino que regula en qué condiciones merece ser atendida por la sanidad pública. Y entre éstas no cabe incluir aquellos supuestos de lo que se ha denominado "cansancio vital" muchas veces provocado, como en el caso que nos ocupa, por la escasa calidad de vida provocada por la soledad y la falta de apoyo del entorno familiar.

Aplicado lo anterior al caso de la recurrente, se confirma la resolución de la Comisión por las siguientes razones:

1ª) El padecimiento grave, crónico e imposibilitante que incide directamente sobre la autonomía física de la persona ha de impedirle "valerse por sí misma" (art. 3.b LORE). Y en el caso de la demandante consta que vive sola en su casa y sus limitaciones

ambulatorias no le impiden desplazarse a las consultas médicas. En valoración de enfermería se hace constar que, aunque tiene dificultades para sus actividades básicas (no se puede agachar para cortar las uñas) no puede equipararse "dificultad" para valerse por sí misma con "imposibilidad" para valerse por sí misma.

2ª) La enfermedad ha de ser grave e incurable y la Comisión valora que la MPOC que padece está clasificada como moderada y que los servicios de neurocirugía proponen tratamiento para mejorar su situación clínica con respecto a los episodios de cefalea que soporta.

3ª) La Ley exige que la enfermedad cause sufrimientos insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable y, en el caso, los servicios de atención domiciliaria del servicio de salud indican que pueden prestar atención domiciliaria y facilitar tratamiento analgésico poco agresivo. Y se informa que es la actitud de la paciente no atendiendo a las recomendaciones (no toma medicación analgésica y no usa de forma habitual inhaladores) lo que genera tales padecimientos. En definitiva, éstos no derivan tanto de que la enfermedad sea grave e incurable -que no lo es- sino de la desfavorable respuesta de la paciente a los tratamientos que se le ofrecen.

4º) La enfermedad ha de originar sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables " sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable". Y aunque esta expresión sugiere que es el propio paciente el que puede decidir lo que para él es o no tolerable -o decidir hacer o no uso de elementos de alivio como los analgésicos, de modo que la decisión de no hacer uso de los mismos habilita para la concurrencia del supuesto legal- no parece que sea ésta la intención del legislador pues exige una valoración externa de si la enfermedad lo es de las que no permiten alivio tolerable. Esto es, si como ocurre en nuestro caso, es la propia paciente la que no admite los tratamientos no invasivos que le posibilitarían alivio a sus dolencias mediante simples analgésicos, no se entra en el supuesto legal.

5º) La norma exige que la enfermedad conlleve un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva. Y ninguno de los informes del médico responsable y médico consultor fijan un pronóstico temporal. Como se indica en los informes de la Comisión, algunas de las patologías están estabilizadas desde hace tiempo y no hay otra progresión desfavorable que la inherente al avance de la edad unido al rechazo a las alternativas terapéuticas ofrecidas.

6º) Los distintos informes que reflejan aquello que expresa la paciente, denotan que los padecimientos físicos y psíquicos vienen desde luego motivados por las enfermedades que aqueja, pero también por la falta de atención social y familiar que le sirviese de apoyo.

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

- **Patria Potestad: atribución a la madre la facultad de decidir sobre la inoculación de la vacuna contra la Covid-19 respecto de su hija menor.**

Auto de la AP de Cantabria nº 127/2023 de 10 octubre.

La madre de la menor solicitó en el año 2021 cita para vacunarla de la COVID-19 con la inmunización prevista para los menores por los servicios de atención sanitaria. En esos momentos la niña contaba con 10 años de edad. El padre, conocedor de dicha solicitud de cita, se opuso mediante comunicaciones dirigidas a la madre a que se llevara a efecto la vacunación.

La sentencia de instancia, valorando el interés prevalente de la menor, que no existen ventajas evidentes o relevantes para la inoculación actual de la vacuna, acuerda atribuir al padre la facultad de decidir sobre ello hasta que la menor cumpla la edad de 12 años, momento en el que podrá ser revisada la resolución ponderada a las circunstancias concurrentes.

Respuesta:

Se estima el recurso interpuesto por el Ministerio Fiscal y se atribuye a la madre la facultad de decisión sobre la administración de la vacuna frente al COVID-19 a su hija menor de edad.

Debe recordarse, no obstante, que esto no supone una obligación de vacunarla. Como se ha puesto de relieve de manera constante por la jurisprudencia que se ha pronunciado a estos efectos, la administración de la vacuna en nuestro país es voluntaria por lo que deberá ser la madre, a la que se le atribuye la facultad de decidir en representación de su hija, la que valore si en estos momentos procede o no la inmunización teniendo en cuenta las circunstancias actualmente existentes. Entre ellas, además de la gripalización a la que se hacía referencia por el señor Jesús María, la finalización de la situación de crisis sanitaria que se ha declarado por la Orden SND/726/2023 de 4 de julio.

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

- **Aplicación de la doctrina constitucional expuesta en la STC 148/2023, de 6 de noviembre.**

STC nº 160/2023, de 20 de noviembre, nº rec. 572-2023.

Se puede consultar comentario en la página 36 del Boletín de Derecho Sanitario y Bioética correspondiente al mes de diciembre de 2023.

[Más información: sanidad.castillalamancha.es](https://sanidad.castillalamancha.es)

[Más información: tribunalconstitucional.es](https://tribunalconstitucional.es)

VIII.- DERECHO PENAL

- **Condenado a tres años y diez meses de prisión un auxiliar de enfermería por robar ketamina del Hospital General de Alicante.**

Comunicación Poder Judicial.

Los hechos, según recoge la sentencia, sucedieron entre finales de 2017 y febrero de 2019, cuando el auxiliar de enfermería se aprovechó de su puesto de trabajo para sustraer, en ocasiones al descuido, al menos 135 viales del medicamento, que tenían un precio de 4,90 euros el vial.

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

IX.- RESPONSABILIDAD SANITARIA

- **Diagnóstico y tratamiento erróneos: no cabe apreciar un tratamiento médico contrario a la lex artis, pero sí una pérdida de oportunidad.**

STSJ de Galicia, nº 915/2023 de 13 diciembre.

El paciente se había sometido a una herniorrafia e ingresó por fuerte dolor testicular. El doctor le comenta que es normal la inflamación tras la cirugía. No se realiza derivación del paciente a un centro de urgencias con servicio de cirugía ni se solicita ninguna prueba analítica ni de imagen. El día 28 de julio de 2014 acude a la consulta programada con el médico del Fremap Dr. Teodosio quien explora al paciente apreciando una gran tumefacción y dolor escrotal derecho estando el testículo de ese lado aumentado de tamaño y es muy doloroso a la exploración. Se intenta contactar con su cirujano pero está fuera del país, así que se decide solicitar ecografía escrotal. Ese mismo día, 28 de julio se realiza ecografía urgente que describe lo siguiente: " Se observa un teste derecho marcadamente hipoecoico respecto al izquierdo, con ausencia prácticamente total de flujo, así como importante engrosamiento del epidídimo y una pequeña cantidad de líquido en torno al mismo. Con estos hallazgos presenta signos de alta sospecha de torsión testicular, epididimitis". Se decide entonces su envío al servicio de urgencias donde es evaluado por el servicio de urología quienes lo diagnostican de orquiepididimitis y lo ingresan a cargo de ese servicio.

El 30 de julio de 2014 se le interviene quirúrgicamente practicándole una orquiectomía derecha.

Queda acreditado que el paciente ingresó con un diagnóstico erróneo, o al menos incompleto, ya que no se menciona que la orquiepididimitis es secundaria a la pérdida de flujo testicular, y no se realizó en ese mismo momento una descompresión quirúrgica urgente, la cual, dado el estado evolutivo de la isquemia testicular es posible que el teste no se hubiese recuperado y hubiese sido igualmente necesario su extirpación.

Es decir, que, aunque se hubiese realizado esa descompresión antes (que era lo que en realidad procedía), existe la posibilidad de que el teste no se hubiese recuperado, incertidumbre que constituye la pérdida de oportunidad. Por tanto no cabe apreciar un tratamiento médico contrario a la lex artis, pero, sí se observa que, de haberse realizado la descompresión antes, podría no haberse producido la pérdida del teste.

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

- **Daño desproporcionado.**

STSJ Castilla La Mancha nº 10010/2024, nº rec 382/2020.

La paciente, a raíz de un sobreesfuerzo había presentado un cuadro clínico de dolor a nivel lumbar, siendo diagnosticada de presunta lumbociática izquierda intensa con probable relación con hernia discal L5-S1. Se solicitó una RM lumbar con carácter preferente, de la que se concluyó la existencia de: “Deshidrataciones y protusiones discales L5-S1. Hernia discal postero-central L5-S1”. Acudió a la consulta de reumatología afirmando encontrarse peor manteniendo el dolor a pesar del tratamiento instaurado, realizándose una petición de interconsulta a la Unidad del Dolor, en la que se programó la realización de una REC L5-S1, una vez no habían dado resultado positivo dos previas técnicas realizadas.

Tras realizarse la REC comenzó con mareos y lumbalgia intensa que le dificultaba incluso la bipedestación, sufriendo una exacerbación importante del dolor lumbar ante cualquier mínimo movimiento. Como consecuencia de su estado fue ingresada a cargo del servicio de reumatología el mismo día 29 de julio siendo dada de alta un mes más tarde.

Cuando la apelante fue dada de alta no podía caminar y necesitaba una silla de ruedas.

La causa: la anestesia raquídea-epidural combinada L5-S1 bilateral a la que fue sometida.

Aplicación de la doctrina del daño desproporcionado por:

1.- La realización de la REC deparó a la paciente unas consecuencias dañosas no descritas en el consentimiento informado dada la falta de previsibilidad de dichas consecuencias. La Administración admite que las secuelas que la actora refiere no están previstas en el consentimiento informado ni como riesgos frecuentes y pasajeros, ni como riesgos poco frecuentes.

2.- Se produjo un efecto dañoso inasumible -por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica, un resultado inesperado e inexplicable por la demandada.

A ese respecto resulta sumamente ilustrativa la reflexión del Consejo Consultivo en el informe evacuado al señalar que es un hecho admitido que tras la realización del REC

se produjo una complicación, “pero médicamente se desconoce la causa que la motivó...”.

También estamos claramente en tal situación, pues la situación de la paciente es un resultado inasumible como consecuencia de la prueba realizada.

- **Infracción de lex artis: falta de consentimiento adecuado y no poner a disposición de la paciente todos los medios necesarios.**

STSJ de Islas Canarias nº 339/2023 de 29 septiembre.

La paciente tenía 30 años y estaba afectada por un linfoma no hodking, pero se había sometido a un trasplante de médula osea y como consecuencia si bien se solucionó aquél problema quedó afectado el riñón. Para poder acceder a la diálisis los médicos consideraron necesaria la pericardiocentesis que finalmente resultó letal. Se trata, por tanto, de una paciente de riesgo pero cuya muerte no era previsible de modo próximo, ni inminente.

En este caso, hay infracción de lex artis no solo por falta de consentimiento adecuado con la información necesaria sino por no poner a disposición de la paciente todos los medios necesarios (no traslado a la unidad de cuidados intensivos) y, adicionalmente, la administración no ha dado una información adecuada y racional sobre el resultado de la intervención y las causas finales del fallecimiento.

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

- **Error en la aplicación del protocolo de ingreso en el hospital: ingreso de la paciente en habitación con paciente COVID.**

STSJ Castilla y León, nº 1224/2023, de 28 de noviembre, nº rec 964/2022.

La paciente, de 75 años de edad, era una paciente plurapatológica. El día 06/09/20 fue atendida en Urgencias del Hospital Río Carrión por cuadro de fiebre alta y diarrea. No cuadro catarral. No contactos con pacientes afectados de COVID (la familia refería que no había salido de casa). Entre las pruebas solicitadas se hizo toma de sangre para hemocultivo y toma de muestra de exudado nasofaríngeo para test de Antígenos para SARSCOV-2. La prueba de antígenos resultó positiva, aunque con la advertencia del laboratorio de que cualquier positivo debía confirmarse con la realización de prueba COVID-TMA con nueva muestra. Se toma muestra y se remite al laboratorio. Con el diagnóstico de síndrome febril es ingresada en la planta COVID en una habitación donde ya estaba ubicada una paciente con Covid. El día 07/09/20, a las 19,54 horas del día 07/09/20, se le cambia de habitación al recibir los resultados de la PCR, aunque permaneció en la misma planta en aislamiento dado el contacto estrecho con paciente positivo.

La Sentencia condena a la Administración pues:

“Parece evidente y no es necesario ningún protocolo para justificarlo, basta sentido común, que un presunto infeccioso hasta que no se confirma que lo es no puede ser ingresado en una habitación compartida con otro que ya está diagnosticado como tal; que era así antes del 17 de septiembre de 2020 lo pone en evidencia que el día 7 de septiembre de 2020, ya se cambia a la paciente a una habitación aislada en la misma planta por haber estado en contacto estrecho con paciente positivo. Esto es, en el hospital había habitaciones suficientes para ingresar a la paciente en habitación no compartida, lo que hubiera evitado el contagio hospitalario que se produjo al ingresarla en una habitación con una paciente ya confirmada con COvid-19.”

Se condena a indemnizar a los hijos de la paciente que presentó un resultado positivo de PCR a los siete días del ingreso y del contacto hospitalario, y desarrolló sintomatología de Covid a los catorce días del ingreso, falleciendo por diversas complicaciones de la enfermedad.

El TSJ expresa que es de sentido común que un presunto infeccioso hasta que no se confirma que lo es, no puede ser ingresado en una habitación compartida con otro que ya está diagnosticado de Covid y reconoce una indemnización a los hijos de la fallecida porque en el hospital había habitaciones suficientes para ingresar a la paciente en habitación no compartida, y con ello se hubiera evitado el contagio hospitalario que se produjo y del que derivó el fallecimiento.

Se produjo un error en la aplicación del protocolo de ingreso en el hospital, protocolo según el cual, los pacientes con criterios de ingreso con PCR-VITA-M positiva (test de antígenos) deben ingresar en habitación individual hasta confirmación con PCR-TMA. La paciente, de 75 años de edad, era una paciente plurapatológica. Fue atendida en Urgencias del Hospital por cuadro de fiebre alta y diarrea. No cuadro catarral. La prueba de antígenos resultó positiva, aunque con la advertencia del laboratorio de que cualquier positivo debía confirmarse con la realización de prueba COVID-TMA con nueva muestra. Se toma muestra y se remite al laboratorio.

En el caso, existen indicios suficientes para concluir que el contagio fue en el entorno hospitalario porque el motivo de ingreso fue una celulitis con bacteriemia, adecuadamente tratada y con presentación de un cuadro respiratorio sintomático pero que 14 días después de contacto intrahospitalario, enfermó de Covid.

La paciente presentó un resultado positivo de PCR a los 7 días del ingreso y del contacto hospitalario y desarrolló sintomatología de Covid a los 14 días del ingreso, falleciendo como consecuencia de la infección por Covid por complicaciones de esa enfermedad a los 19 días de manifestarse la sintomatología clínica.

El Tribunal dictamina que, en el caso, no se trata de una pérdida de oportunidad sino de una clara infracción de la lex artis por un error en el momento del ingreso al compartir habitación durante unas horas con una paciente con Covid confirmado.

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

X.- PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

- El derecho de acceso a la historia clínica no se configura en una vía para obtener información en torno a la identidad de tercero que pudiera haber accedido al historial clínico.

SAN de 10 de enero de 2024, nº rec. 223/2022.

El Sr. Mariano había presentado reclamaciones frente a la Conselleria de Sanidad y Salud Pública de Valencia, solicitando el acceso a los datos personales de su historia clínica que figuran en dichos escritos de reclamación.

El Servicio Aragonés de Salud, le contestó denegando la solicitud invocando a tal efecto un informe de la AEPD en el que se señala lo siguiente: "el derecho de acceso es uno de los derechos de las personas en relación con los datos de carácter personal que aparece regulado en el Título III de la LOPD. Dentro del mismo, el artículo 15.1 LOPD indica: El interesado tendrá derecho a solicitar y obtener gratuitamente información de sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento, el origen de dichos datos, así como las comunicaciones realizadas o que se prevén hacer de los mismos.

Presentó reclamación ante la AEPD, que fue inadmitida; posteriormente recurrió dicha inadmisión ante la Audiencia Nacional, que desestima el recurso debido a que *"el derecho de acceso no se configura en una vía para obtener información en torno a la identidad de tercero que, dentro de la organización del responsable del fichero, pudiera haber accedido al historial clínico"*.

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

5.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

DERECHO SANITARIO.

- **Derecho sanitario, políticas de salud, discapacidad y pacientes.**
Estudios In Memoriam Julio Sánchez Fierro.
Luis Cayo Pérez Bueno (Director).

Publicación en abierto.

[Fuente: back.cermi.es](https://back.cermi.es)

- **La autonomía reproductiva en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.**
Pino Ávila, Alonso.

[Fuente: dykinson.com](https://dykinson.com)

SANIDAD DIGITAL.

- **Desafíos éticos, jurídicos y tecnológicos del avance digital. Iustel 2023.**
José Luis Domínguez Álvarez (dir.)
Daniel Terrón Santos (dir.)
Alicia Rodríguez Sánchez (coord.)
Pilar Talavera Cordero (coord.)

[Fuente: casadellibro.com](https://casadellibro.com)

II.- Formación

- **Curso de Derecho Farmacéutico. Biomedicina, medicamentos y salud pública.**

[Fuente: cefi.es](https://cefi.es)

- **Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios.**

[Fuente: fundaciongasparcasal.org](https://fundaciongasparcasal.org)

-NOTICIAS-

- El SERGAS, condenado a indemnizar con 90.000 euros a un paciente por diagnosticarle tarde el cáncer.

[Fuente: confilegal.com](http://confilegal.com)

- Sanidad retomará desde este mes la regulación del cannabis medicinal.

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

- Indemnización a un paciente por daño moral procedente de una pérdida de oportunidad por retraso en el diagnóstico médico.

[Fuente: elderecho.com](http://elderecho.com)

- Necesidad urgente de abordar un renovado sistema sanitario.

«No tiene ningún sentido que exista un Ministerio de Sanidad cuando debería ser un Ministerio de Salud»

[Fuente: larazon.es](http://larazon.es)

El Papa pide que se prohíba la gestación subrogada en todo el mundo.

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

- Estrasburgo estudia el caso de una testigo de Jehová que denunció a España por realizarle transfusiones de sangre.

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

- No hay barreras legales que impidan que la historia clínica digital sea interoperable entre sanidad pública y privada.

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

- Los padres de una niña serán indemnizados en Jaén con medio millón de euros por una negligencia médica durante el parto.

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

- Andalucía advierte a los 2,8 millones de usuarios que no cancelaron sus citas médicas: “Anúlala. Otro paciente lo agradecerá”.

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

- Condenado un hospital privado de Cuenca por la muerte de una paciente a quien no diagnosticó a tiempo un infarto.

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

- En España no se compran cadáveres: así funciona el sistema de donaciones vulnerado por una trama en Valencia.

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

- Sanidad se abre por primera vez a revelar el precio de medicamentos que una farmacéutica quiere ocultar.

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

- Sin fecha ni plan concreto: qué se sabe del anuncio de Sanidad para añadir gafas y lentillas a la cartera de Seguridad Social.

[Fuente: newtral.es](http://newtral.es)

- Las Sociedades Médicas avisan: el paciente oncológico está siendo discriminado en la vida laboral.

[Fuente: diariodehuelva.es](http://diariodehuelva.es)

-BIOETICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

- **El consentimiento informado en el entorno de la vacunación obligatoria, el código de Nuremberg y el Derecho Internacional.**

A la luz de la protección del derecho a la salud de las personas, se analizan algunos de los instrumentos internacionales más destacados respecto del consentimiento previo y debidamente informado, así como la legislación, en su parte más relevante, de México y de España, relacionada con la aplicación de suministros biológicos o tratamientos médicos, en general, en un entorno del más reciente evento de pandemia declarado por la Organización Mundial de la Salud y la vacunación obligatoria establecida en algunos países de la comunidad internacional.

[Más información: juridica.iberomexico.com](http://juridica.iberomexico.com)

- **La regulación de la eutanasia en España y el farmacéutico de hospital: estado de la cuestión. Julia Sánchez-Gundín, Violeta Lafarga-Lapieza, Dolores Barreda-Hernández, Ana Mulet-Alberola Enrique Soler-Company.**

El objetivo de este trabajo consiste en conocer la realidad del farmacéutico de hospital en relación a la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia.

[Más información: ilaphar.org](http://ilaphar.org)

- **Análisis del código de deontología médica. Naturaleza, autorregulación y análisis acotado a determinadas normas.**

Parece que la Deontología se asemeja a esos hermanos que antiguamente estaban en medio de una familia numerosa: al hijo mayor le educaban para que sirviera de ejemplo, al pequeño lo mimaban, y quienes estaban en el medio... parecía que se encontraban en tierra de nadie.

Pues, de alguna manera, eso mismo ocurre con la Deontología: si ya existe la Bioética y el Bioderecho, ¿para qué sirve la Deontología?

[Más información: observatoriobioetica.org](http://observatoriobioetica.org)

- **Inteligencia artificial: Cuando los algoritmos se convierten en neuronas. Alessandra Esther Castagnedi Ramírez. Universidad de Sevilla.**

En los últimos años, el uso de la Inteligencia Artificial (IA) ha supuesto cambios muy significativos en distintos ámbitos de la vida de los seres humanos. La medicina es uno de esos sectores donde más han repercutido dichos cambios. El objeto del presente trabajo es el análisis de herramientas basadas en eHealth y neurorobótica que pueden reducir la carga de trabajo humano y contribuir a una mejor gestión de la salud pública, considerando determinados problemas ético-jurídicos que deben ser tenidos en consideración. En este sentido, se lleva a cabo un estudio sobre la cuestión de la responsabilidad en caso de daños causados por el uso de sistemas de IA a través de determinadas herramientas de soft law, llevadas a cabo por el legislador europeo. A este respecto, se analiza, la nueva propuesta de Directiva COM (2022) 496 final del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la adaptación de las normas de responsabilidad civil extracontractual a la IA (Directiva sobre responsabilidad en materia de IA), por considerar que puede dar lugar a innovaciones muy significativas.

[Más información: revistascientificas.us.es](http://revistascientificas.us.es)

- **El derecho fundamental a eutanasia y su problemática constitucional en España. Revista de Bioética y Derecho. Catalina Ruiz-Rico Ruiz.**

Tras la regulación de la eutanasia emerge una problemática constitucional y bioética que revela las deficiencias, lagunas y conflictos jurídicos sin resolver por la LO 3/2021, de 24 de marzo (LORE). La desprotección de colectivos vulnerables, la huida de las garantías jurídicas convencionales y la lesividad de derechos fundamentales, entre otras razones, fundamentan la dimensión constitucional del derecho a morir. El control jurídico de la eutanasia se enfrenta en la actualidad a su construcción legal como derecho fundamental pese a la apariencia como derecho prestacional de “ayuda a morir”, en base a la conexión con el derecho a la vida, integridad física y moral, dignidad, libertad, intimidad (Exposición de Motivos LORE). Sin embargo, desde una perspectiva constitucional, resulta insatisfactoria la exclusión de menores y sujetos sin capacidad de su ámbito subjetivo y el riesgo de eludir la ponderación en conflicto con otros derechos al adoptar una jerarquía superior de hecho.

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

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

I.- Bibliografía

- Tratado de bioética cibernética y derecho digital. Desde el balcón de los derechos fundamentales. Ediciones Jurídicas Olejnik.

[Fuente: marcialpons.es](http://marcialpons.es)

II.- Formación

- XXXVII Seminario Interdisciplinar de Bioética Salud Mental hoy: desafíos para la Bioética.

[Fuente: eventos.comillas.edu](http://eventos.comillas.edu)