



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

## **BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.**

Nº 226 Septiembre 2024.  
Editado por la Secretaría General del Sescam.  
ISSN 2445-3994.  
Revista incluida en Latindex.

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

---

### **EQUIPO EDITORIAL:**

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

**D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Ángeles Carpintero España.**  
Secretaría General. Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

**D<sup>a</sup>. 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 .....	<a href="#">4</a>
II.- LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.....	<a href="#">4</a>

### 2.-TRIBUNA.

¿CÓMO HA EVOLUCIONADO EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON LA SALUD?	<a href="#">7</a>
---	-------------------

Por: Vicente Andrés Luis

Dr. en Medicina. Diplomado en Bioética. Máster en Filosofía Práctica  
Vocal del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha.

### 3.- SENTENCIAS PARA DEBATE.

- MEDIDAS DE CONTENCIÓN FÍSICA EN CENTRO SOCIOSANITARIO.	<a href="#">17</a>
- EL USO DE HISTORIAS CLÍNICAS POR EL PROFESIONAL SANITARIO PARA SU DEFENSA	<a href="#">18</a>

Por: Vicente Lomas Hernández

Doctor en Derecho.  
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica. SESCOAM.

<u>4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.</u>	<a href="#">19</a>
-----------------------------------	--------------------

<u>5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.</u>	<a href="#">30</a>
---------------------------------------	--------------------

## **-NOTICIAS-**

[32](#)

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de septiembre de 2024 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética.

## **-BIOÉTICA y SANIDAD-**

**1.- CUESTIONES DE INTERÉS.**

[34](#)

**2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.**

[36](#)

# -DERECHO SANITARIO-

## 1-LEGISLACIÓN

### I. LEGISLACIÓN ESTATAL

- Orden SND/976/2024, de 6 de septiembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

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

- Orden SND/1002/2024, de 18 de septiembre, por la que se modifica el anexo II del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

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

### II. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.

#### EXTREMADURA

- Decreto 110/2024, de 3 de septiembre, por el que se modifica el Decreto 171/2009, de 24 de julio, por el que se crea el Consejo Asesor sobre Enfermedades Raras del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

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

- Resolución de 25 de septiembre de 2024, de la Dirección Gerencia, por la que se modifica el anexo III de la Resolución de 16 de mayo de 2024, por la que se establecen las directrices para la fidelización y captación del talento de los profesionales especialistas en ciencias de la salud del Servicio Extremeño de Salud.

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

#### ANDALUCÍA

- Decreto 198/2024, de 3 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo.

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

## ARAGÓN

- Decreto 150/2024, de 2 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el procedimiento para la comunicación electrónica de sospechas de enfermedades profesionales en Aragón.

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

- Orden SAN/1023/2024, de 2 de septiembre, por la que se aprueba el calendario sistemático de vacunaciones e inmunizaciones en todas las edades de la vida en la Comunidad Autónoma de Aragón y las recomendaciones de vacunación e inmunización en grupos de riesgo y circunstancias especiales.

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

## VALENCIA

- Decreto 121/2024, de 24 de septiembre, del Consell, por el que se desarrolla la estructura, funcionamiento y régimen de coordinación entre los distintos centros y servicios integrados en las agrupaciones sanitarias interdepartamentales (ASI) y su integración en las estrategias de salud de la Conselleria de Sanidad.

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

- Orden 2/2024, de 26 de septiembre, de la Conselleria de Sanidad, por la que se aprueba el reglamento de orden interno de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunitat Valenciana establecida en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

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

## CASTILLA LA MANCHA

- Decreto 56/2024, de 24 de septiembre, por el que se aprueban los estatutos de la Agencia de Transformación Digital de Castilla-La Mancha.

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

- Decreto 49/2024, de 17 de septiembre, de asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios de Castilla-La Mancha.

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

- Decreto 58/2024, de 24 de septiembre, por el que se modifica el Decreto 106/2023, de 25 de julio, de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

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

- Orden 148/2024, de 5 de septiembre, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, por la que se regula y convoca el Programa Somos Deporte 3-18 de Castilla-La Mancha para el curso escolar 2024/2025.

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

- Orden 150/2024, de 4 septiembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el calendario de vacunaciones e inmunizaciones a lo largo de toda la vida en Castilla-La Mancha.

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

- Orden 156/2024, de 19 de septiembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se actualiza el Programa Regional de Perspectiva Contractual y Retención del Talento.

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

## **GALICIA**

- Decreto 181/2024, de 9 de septiembre, por el que se crea y regula el Comité Molecular de Tumores del Servicio Gallego de Salud (CMT-G).

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

## **CATALUÑA**

- Acuerdo GOV/203/2024, de 25 de septiembre, por el que se crea el Comité de Evaluación, Innovación y Reforma Operativa del Sistema de Salud

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

## **PAÍS VASCO**

- Acuerdo de 3 de septiembre de 2024, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se crea la figura del/la Delegado/a de Protección de Datos y se modifica la estructura orgánica de la Dirección General de Osakidetza.

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

- Acuerdo de 11 de septiembre de 2024, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se crea el puesto de Coordinador/a General de Emergencias de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

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

## 2.- TRIBUNA

### ¿CÓMO HA EVOLUCIONADO EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON LA SALUD?

*Vicente Andrés Luis*  
*Dr. en Medicina. Diplomado en Bioética. Máster en Filosofía Práctica*  
*Vocal del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha*

---

La pregunta que figura en el título de este artículo es parte de la que se me formuló por la moderadora de la mesa redonda –y coordinadora del informe– D<sup>a</sup> María Martín Ayala, con motivo de la presentación del citado *Informe 1/2024 del Comité de Bioética Regional sobre la aplicación práctica de la ley 8/2021*, en la II Jornada del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha. Como en estos eventos no es posible disponer del tiempo que, a veces, determinadas cuestiones requieren, este artículo pretende aclarar y ampliar lo que allí respondí, sin agotar el alcance y la extensión de la cuestión planteada.

Quizá, lo primero que hay que abordar es lo relativo a esta supuesta evolución de la autonomía, como si de una entidad biológica se tratara. Resulta obvio que no es el caso, pero sí es cierto que los conceptos van cambiando con el paso del tiempo y las experiencias acumuladas, como consecuencia de las decisiones y los efectos que producen, porque no se debe olvidar que cuando hablamos de autonomía, en realidad hablamos de una voluntad autónoma. Así, de esta manera, ejerciendo acciones, el ser humano va modificando sus creencias y convicciones en una interacción continua entre lo aprendido y lo enseñado. Por lo tanto, habría que atender al cambio del concepto de autonomía de la voluntad, que además es propia de un individuo que tiene un transcurso vital de desarrollo personal, de autodeterminación y autorrealización.

Teniendo en cuenta estos prolegómenos, hay que atender a lo que la pregunta plantea, esto es, una interrelación, e incluso, una contraposición entre dos conceptos, –dos categorías, si es que hablamos de las relaciones entre ellas– que afectan al sujeto individual, aunque se puede hacer extensivo a todos y cada uno de los seres humanos. Esto, obviamente afecta a este ámbito que nos ocupa que es el de las personas con discapacidad. El concepto de salud, como situación de la que beneficiarse, no es dependiente del hecho de tener o no una discapacidad, puesto que la enfermedad –o la merma de la autonomía– puede afectar a cualquier persona a lo largo de su decurso vital.

Por otro lado, resulta evidente que la autonomía de la voluntad de cada persona influye en su salud, según sus decisiones y acciones de las que ha de hacerse responsable. También lo es, si ampliamos el campo, que las decisiones y acciones políticas influyen en la salud de la comunidad y, necesariamente, en cada uno de los individuos que la comparten, lo que conlleva determinados elementos comunes, aun ampliando el campo a la sociedad en general que agrupa individuos y comunidades.

La búsqueda de la salud y su recuperación, cuando se ha perdido, condicionan al individuo, lo que resulta determinante tanto para los administradores, como para las comunidades y la sociedad en general, ya que se considera un derecho y, en consecuencia, algo que se le debe reconocer y facilitar al individuo. Nos situamos así no solo en el ámbito individual, sino en el de la Medicina social y la Política sanitaria.

Pero lo que ahora nos importa es lo individual y personal, así como la evolución de lo que pensamos los seres humanos sobre la propia autonomía y la salud. Hablar de «evolución», también obliga a hacer algunas referencias históricas. Y si hablamos de interrelación, hay que buscar un nexo común entre autonomía y salud. Este nexo se puede establecer por medio del denominado «consentimiento informado» que aúna el concepto de salud/enfermedad con el de autonomía/heteronomía. Y en el ámbito filosófico, une el mundo inteligible con el mundo sensible, lo ontológico con lo fenoménico, lo formal con lo material.

Para empezar este somero recorrido histórico, hemos de situarnos en el tiempo de la Ilustración, aunque algunos antecedentes han de constatarse. En la época de la denominada «Conquista de América», la reina Isabel I de Castilla, en su *Testamento*, corriendo el año 1504, «quiere y manda» lo siguiente:

*... e non consientan e den lugar que los indios vezinos e moradores en las dichas Indias e tierra firme, ganadas e por ganar, reciban agravio alguno en sus personas e bienes; mas mando que sea bien e justamente tratados.*<sup>1</sup>

La reina Católica ya reconoce que los indios han de ser respetados, tanto en su integridad como en sus propiedades, ajustándose a su situación, lo que implícitamente considera unos derechos. Posteriormente, la Escuela de Salamanca continúa con el desarrollo de estos derechos de los indígenas. Tres figuras destacan en su impulso y reconocimiento; Francisco de Vitoria (1483-1546); Domingo de Soto (1494-1560), alumno y luego sucesor del anterior en la cátedra y que formó parte de la comisión que medió entre Juan Ginés de Sepúlveda, defensor de la superioridad de los blancos europeos y Bartolomé de las Casas, defensor de los indios. Parece ser que Soto votó a favor de las tesis del segundo (Martínez, 2006) y Francisco Suárez (1548-1617). Todos ellos iusnaturalistas, defensores de la libertad individual basada en la razón, ya que el uso de esta es inherente a cualquier ser humano, por lo tanto, principio y fundamento de toda legislación positiva (Gracia, 2008).

Y en esta línea iusnaturalista, también ha de citarse al médico y filósofo inglés John Locke que en el siglo XVII ya hizo referencia a unos derechos naturales universales aplicables al ser humano, por el hecho de serlo. El hombre, en su estado natural se encuentra en «un estado de perfecta libertad para que cada uno ordene sus acciones y disponga de posesiones y personas como juzgue oportuno, dentro de los límites de la ley de naturaleza, sin pedir permiso ni depender de la voluntad de ningún otro hombre» (Locke, 1662).

---

<sup>1</sup> *Testamento de Isabel la Católica*. (Exportado de Wikisource el 6 de octubre de 2024).



Kant (1724-1804) identificó, en *La fundamentación de la metafísica de las costumbres*, publicada en 1785, como «principio de autonomía» a una de las formulaciones del imperativo categórico.

Al abogar por el deber y evitar la acción interesada, ya fuera propia o ajena, movida por la necesidad y en el intento de evitar el condicionamiento, formula este principio «de autonomía de la voluntad, en oposición a cualquier otro que por los mismo calificaré de *heteronomía*». Kant consideraba clave el concepto de libertad para explicar la autonomía de la voluntad. «La voluntad es una especie de causalidad de los seres vivos, en cuanto que son racionales» y la «libertad sería la propiedad de esa causalidad». Y continúa afirmando que:

Con la idea de la libertad hállase, empero, inseparablemente unido el concepto de *autonomía*, y con este el principio universal de la moralidad, que sirve de fundamento a la idea de todas las acciones de seres *racionales*, del mismo modo que la ley natural sirve de fundamento a todos los fenómenos. (Kant, 1785)

Salió de su «sueño dogmático», al reconocer el papel de los límites, renuncia a salir de los límites del hombre, gracias a Hume, pero alejándose del escepticismo de este (Sánchez Meca, 2012), abriéndose a los problemas de la vida cotidiana por la influencia de Rousseau. Kant se hace las tres cuestiones fundamentales en la *Crítica de la razón pura* (1781): «¿qué puedo conocer?», «¿Qué debo hacer?», ¿Qué puedo esperar?»

John Gregory (1724-1773), médico y filósofo escocés publica en 1770 *Observaciones sobre los deberes y funciones del médico y sobre el método de llevar a cabo investigaciones en filosofía*. Se rige por la filosofía de Hume, con lo que fundamenta una ética similar a la actual del cuidado. Es un defensor de los derechos naturales universales que aboga por respetar los intereses y deseos de los pacientes, dándoles prioridad, de alguna manera, a su voluntad (Olivares; Hernández Mansilla, 2015).

Thomas Percival (1704-1804) publica en 1803 *Ética médica; o, código de institutos y preceptos, adaptado a la conducta profesional de los médicos y cirujanos*, secuela del código deontológico publicado en 1797 y creado para resolver los conflictos pecuniarios entre médicos. Aquel está basado en la tolerancia y en la virtud, cualidades que deben acompañar al buen profesional sanitario; es pues, un tratado eminentemente práctico que busca orientar en el ámbito clínico, profesional y legal. El profesional debe dar un trato digno y humano al paciente, sin hacer distinciones por su procedencia, aunque la información solo se le dará en situaciones de peligro (Olivares; Hernández Mansilla, 2015).

Los tres, con el sentido del deber y la deontología como elementos esenciales de sus biografías, en su labor profesional e intelectual, tienen en común no solo la coincidencia temporal, sino también la búsqueda de la virtud y la participación en lo que se refiere a la salud y a la enfermedad. Una actitud práctica desde una visión autónoma, en mayor o menor medida. Si Kant reconoce la autonomía de la voluntad de la persona, Gregory considera que el paciente no debe ser informado, que el gobierno del médico debe ser absoluto de manera que él sea quien prescriba las leyes, aunque reconoce que no es lo mejor, pero ve lícita la mentira piadosa. Percival propone escuchar al enfermo, tratarle bien para lograr su confianza; atender a sus sentimientos

y emociones, sin imposiciones. Para conseguir esto, establece una normativa médica que diferencia lo normal de lo patológico y así el loco pasa de ser considerado pecador a enfermo. Por su parte Kant promueve los derechos humanos de todos y de cada uno de los individuos. Se puede decir que se va desarrollando una visión personalista de la vida individual, anticipadamente.

No solo hemos de atender a la visión de filósofos y médicos, para equilibrar esta apreciación de la interrelación entre salud y autonomía, también a lo que percibían los receptores de la acción, fruto de estas visiones intelectuales. Desde principios del siglo XVIII, las iniciativas de los pacientes van siendo tenidas en cuenta, en más o menos medida, con avances y retrocesos, pero afianzándose progresivamente. Un ejemplo es la variolización –inoculación del virus de la viruela benigna– aprendida de los otomanos, promovida por Lady Montagu y llevada a cabo con la connivencia del médico Charles Maitland, que inoculó en 1718 y 1721 a los dos hijos de la dama y posteriormente en 1722, a las hijas de la Princesa de Gales, siempre con éxito. Esto tenía también sus repercusiones en el mundo intelectual, mostrando otro aspecto de la interacción, de modo que Voltaire apoyaba la técnica cuando Kant consideraba el procedimiento equiparable al suicidio, por la incertidumbre que conllevaba (Real de Asúa; Palacios, 2015).

Pese a estas iniciativas, el mundo médico sigue bajo el influjo paternalista, aun con algunos hitos que irán marcando pequeños logros en el camino de la libre decisión del paciente. Sin dejar el «Siglo de las luces», en 1767, encontramos el caso de Slater contra Baker & Stapleton que dio lugar al concepto de mala praxis (Herrerros; Mur de Vía, 2015). Estos cirujanos operaron al señor Slater, que había tenido una fractura, sin tener en cuenta no solo su situación previa, puesto que ya estaba consolidada, sino que aplicaron un tratamiento ortopédico experimental, tras volver a fracturarle la pierna. Ambos fueron condenados no solo por aplicar el tratamiento referido, sino por no dar la información suficiente para obtener el consentimiento del paciente.

El siglo XIX abre nuevas perspectivas. John Stuart Mill en la «Introducción» de su obra *Sobre la libertad* afirmará: «Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano». Y en el siguiente párrafo, puntualiza: «Los que están todavía en una situación que exige sean cuidados por otros, deben ser protegidos contra sus propios actos, tanto como contra los daños exteriores» (Mill, 1859). Sin embargo, esto no quedará consolidado, como veremos.

Albert Ludwig Neisser (1855-1916), investigador de la gonorrea —de ahí la denominación del germen causal como *neisseria gonorrhoeae*— y también de la lepra y la sífilis. Sobre esta última realizó experimentación clínica en mujeres prostitutas, a las que provocó la enfermedad. Cuatro de ellas lo llevaron a juicio, tras el que resultó condenado a indemnizarlas (Real de Asúa; Palacios, 2015). La profesión médica no veía mal las prácticas experimentales en seres humanos de Neisser que, por otra parte, fue un defensor de la salud pública y consiguió adelantos importantes en la venereología.

A lo largo del siglo, se fue regulando progresivamente este tipo de actividades clínico-experimentales, estableciendo la normativa tanto legal como deontológica que había de seguirse, ello dio lugar a dos modelos, el «contractual», estadounidense, por medio del cual se acordaban, entre el experimentador y el sujeto de experimentación, tanto

el contenido como las condiciones que habían de regir y el «normativo», europeo, basado en reglamentaciones de ámbito nacional. Hay dos ejemplos manifiestos.

La notoriedad pública del caso Neisser indujo al Departamento de Salud del gobierno prusiano, en 1899, a crear una comisión que debatiera en torno a la beneficencia y autonomía, concluyendo que no pesaba más el progreso científico que el daño infligido; por lo tanto, no podía llevarse a cabo sin la autorización del paciente. Esto dio lugar a la Directiva Prusiana en 1900 (Real de Asúa; Palacios, 2015).

La Comisión Sternberg se creó en Estados Unidos para el estudio experimental de la fiebre amarilla en voluntarios emigrantes, estadounidenses y españoles, recién desembarcados en Cuba; para ello se elaboró un documento escrito en el que se indicaban los riesgos del experimento. Los participantes firmaban un acuerdo de participación en el estudio, aclarándoles que no existía un tratamiento efectivo para curar la enfermedad. En dicho documento se garantizaba el tratamiento disponible, los cuidados pertinentes e, incluso, las indemnizaciones correspondientes (Real de Asúa; Palacios, 2015).

Sin embargo, ni un modelo ni otro impidieron los experimentos nazis, ni el estudio Tuskegee, de nuevo experimentando con la sífilis, mostrando una vez más los vaivenes ideológicos y las consecuencias derivadas para los seres humanos, con unos protagonistas incapaces de aprender de sus propios errores, quizá por desconocimiento de la historia o ignorancia de la misma o por no estimar las posibles consecuencias, cuando no, como en este último caso, sin aplicar el tratamiento antibiótico, preceptivo ya por sus buenos resultados, para el tratamiento de la infección luética (Merino; Coca, 2015).

Baste con estos ejemplos para ilustrar cómo ha ido evolucionando la interrelación entre la autonomía y la salud. Es el momento de ahondar en el significado de cada uno de estos dos conceptos que pueden presentarse como magnitudes, y por lo tanto ser susceptibles de medición o ponderación. Ambos admiten grados y como consecuencia, de esta influencia mutua también se modifican las decisiones individuales y colectivas. Autonomía y autodeterminación: autorrealización. Hay un sentido ontológico de la autonomía, relativo al ser, que lo somete a unas leyes y un sentido ético, el que nos concierne, por el que «la voluntad constituye una ley por sí misma», en términos kantianos y que responde al concepto del principio de autonomía: «Elegir siempre de tal modo, que la misma volición abarque las máximas de nuestra elección como ley universal» (Ferrater, 1964).

La autonomía es sinónimo de libertad para autodeterminarse (esta libertad subjetiva queda limitada por el paso de lo universal a lo particular) fuera de toda coacción exterior. También se puede entender como la capacidad de los individuos para actuar en conformidad con leyes propias sin interferencias coactivas de otros individuos. En este sentido es la aspiración del hombre a no quedar absorbido ni ser obligado por voluntades extrañas. «Esta aspiración es legítima solo bajo ciertas condiciones, dado el carácter esencialmente social de la vida humana» (Sánchez Meca, 1996). Kant enfrenta el concepto de autonomía, donde el individuo obedece a una ley que él se ha impuesto a sí mismo, a la heteronomía que representa el sometimiento a leyes o fines ajenos a la voluntad racional. Para Tomás de Aquino, «el obrar se desarrolla a partir de la luz del

conocimiento objetivo que reconoce el sentido y el valor de las cosas» (Sánchez Meca, 1996). Frente a estas concepciones, hay que reconocer el papel de las pulsiones que limitan la libre elección del sujeto y que forman parte del inconsciente del ser humano. En sus relaciones sociales, el individuo debe procurar integrar y controlar esas pulsiones que van a influir necesariamente en su comportamiento y este, en buena medida, en su estado sano o enfermo.

Kant viene a exigir una concordancia de todas las autonomías de la voluntad individuales en el «reino de los fines», un ideal difícil de conseguir en el mundo sensible.

Gustavo Bueno, en su «Bioética materialista» distingue autonomía y autodeterminación, partiendo de este último y no de un principio de «individualidad autónoma» absoluta, moderado por un postulado de solidaridad, como virtud que habría que añadir a los supuestos sujetos autónomos. Considera a la autonomía un concepto político aplicable a diversos grupos sociales, en su relación con otros de su entorno. Buena parte de la autodeterminación individual y de su acción personal, que suele manifestarse subjetivamente como elección libre. La Bioética materialista reconoce pues, dos principios el de «autodeterminación del sujeto corpóreo personal» y el de «grupalidad» que lo limita. Habla de «sujetos corpóreos operatorios» que desarrollan actividades dentro del grupo, con sus normas morales, a veces en conflicto con las normas éticas. Los principios éticos originarios que considera son la «firmeza», para sí mismo y la «generosidad», para las relaciones con los demás. Por último, considera las normas jurídicas como mediadoras en los conflictos entre las normas éticas y morales, o entre las normas morales (Bueno, 2001). Firmeza y generosidad que se debilitan al perder la salud.

El concepto de salud ha ido fluctuando, como hemos visto, con el paso de los años. En el *Informe del Comité de Bioética de España sobre el acceso universal al sistema sanitario*, se hace una descripción de la evolución del concepto que resulta interesante traer a colación. Se ha pasado de la definición de salud de la OMS en 1946, como «el completo bienestar físico, mental y social» a la de 2001, relativa a un modelo biopsicosocial que define la salud en términos de capacidades y funcionamientos, como el resultado de la interacción de la persona con su entorno, haciendo posible analizar las necesidades de salud en el contexto económico, político y jurídico, y considerarla no solo un bien individual, sino también un bien común.

Para Daniels, en 2008, es una capacidad humana básica o capacidad humana central para Nussbaum (2012) o Sen (2011). Es decir «la capacidad de una persona para ejercer un conjunto de actividades humanas que le permitan desarrollar las capacidades y los funcionamientos básicos para tener salud o estar sana» (Venkatapuram 2011; Ruger 2018).

La salud es una necesidad universal para una vida humana satisfactoria y un bien apreciado por las personas y comunidades. Su valor y su condición de «deber de justicia» justifican que se reconozca y proteja como un derecho básico e indispensable para el disfrute y protección del resto de derechos (CBE, 2024).

La salud depende no solo de aspectos individuales, sino también, de aspectos sociales que condicionan y determinan. De ahí, los «determinantes sociales de la salud», que la

OMS definió como «las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de vida cotidiana», según la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2008).

La salud es una aspiración universal que se ve limitada por determinadas situaciones no solo individuales, sino sociales y políticas. Pero hemos de volver al individuo si se quiere seguir explorando esta interacción entre lo que se puede elegir y lo que se puede obtener. Las tres cuestiones que Kant planteó en 1781 se pueden aplicar a este binomio interactivo que constituyen autonomía y salud. Los conocimientos sobre la enfermedad suponen avances hacia la salud, siempre que se consiga aprehender lo que se debe hacer; así se podrá prever lo que se puede esperar. Esta esperanza kantiana no alude a una de las virtudes teologales. Roberto Aramayo propone considerarla como una tercera dimensión del concepto de autonomía, esto es no solo «autosatisfacción» (júbilo) y «autosuficiencia» (independencia), sino también «autoconfianza» (creer en uno mismo). «Sin estas tres dimensiones no hay autonomía, tal como lo va definiendo Kant a lo largo de su obra» (Aramayo, 2018). Estas tres dimensiones ayudarán a saber «¿qué es el hombre»; la cuarta pregunta kantiana al dar una idea de la importancia de la autonomía de la voluntad de cualquier ser humano tenga la condición que tenga y los determinantes que lo acompañen.

Con esta idea de salud como capacidades y funcionalidades, hay que reparar en el sujeto y su dignidad. La libertad de decisión del sujeto es lo que le otorga dignidad. Dice Kant en la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*:

En el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente, en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad (Kant, 1785).

Martha Nussbaum, en su libro de 2002, *Las mujeres y el desarrollo humano. El enfoque de las capacidades* «afirma que es posible esbozar un marco universalista para el feminismo filosófico, que tenga validez para todas las culturas» (Turell, 2014), así define «diez capacidades básicas»:

- Vida. Debe ser posible tener una vida digna, de duración normal.
- Salud. Se refiere a la capacidad o posibilidad de disfrutar de buena salud corporal.
- Integridad corporal. Hace referencia a la libertad de movimientos y a las garantías de seguridad para ello.
- Sentidos, imaginación y pensamiento. Se asocia con una educación que haga posible el desarrollo de esas dimensiones, en libertad para expresar gustos y creencias.
- Emociones. Es la capacidad para sentir apegos, amar, padecer la ausencia de los amados, sentir gratitud, anhelos y compasión.
- Razón práctica. Hace referencia a la posibilidad de reflexionar de forma crítica acerca del bien y del mal, y de formular un proyecto de vida.

- Afiliación. La posibilidad de formar comunidad con otros, tener vínculos sociales, ser respetados y no ser discriminados.
- Otras especies. Se refiere a la capacidad de convivir en armonía con el resto de la naturaleza.
- Juego. Tiene que ver con jugar, reír y llevar a cabo actividades recreativas.
- Individualidad. Es la posibilidad de ejercer control sobre la propia vida, participar en política, trabajar y tener propiedades<sup>2</sup>.

Esta lista, que actualizó en *Las fronteras de la justicia*, en 2009, responde a lo que hay que garantizar a cada persona —no a determinar los grupos más desventajados— y constituiría la base de una «teoría mínima de la justicia social», por lo tanto, queda abierta y es susceptible de cambios y modificaciones. (Agra, 2009).

Un tránsito continuo entre lo individual social y político que reafirma en su libro *Crear capacidades* (2012), al considerar como «componentes importantes de la idea de una vida acorde con la dignidad humana» (Nussbaum, 2012).

Existe también un tránsito entre autonomía de la voluntad individual y personal y la salud, que nos obliga, de nuevo, a ir a lo relativo de la capacidad individual, que no es solo un problema ético, sino también estético (de *aísthesis*)<sup>3</sup>, en el sentido relativo a la sensación y percepción. La sensación de estar enfermo, esto es, falta de firmeza, hace desear la recuperación de la salud. El médico o la enfermera, como agentes de salud, establecen la relación clínica, perciben esta situación y concuerdan dicha falta con el paciente. Una vez confirmada la pérdida de la salud, obrarán por la recuperación, aunando las voluntades, autónomamente, para conseguir la sanación y recuperar la capacidad y funcionalidad que se hubieran visto mermadas. En el estado previo, se tenga la capacidad y funcionalidad que se tenga, si no hay esta sensación de pérdida de firmeza, no existe percepción de la enfermedad, ni por uno mismo, ni por los otros, de acuerdo con la experiencia.

Así que, tanto la autonomía de la voluntad, como la salud fluctúan de manera que no se pueden concebir en términos absolutos. La autonomía plena, como la salud completa son aspiraciones inalcanzables en el mundo fenoménico. Con estas notas aplicables a la capacidad y funcionalidad del ser humano, se comprende, por la experiencia, que las limitaciones están en más o menos medida en todos y cada uno de los seres humanos, condicionan y determinan, en la medida que el individuo elija.

En 1993, la ONU abordó el problema de las personas con discapacidad desde la perspectiva de los Derechos Humanos creando las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad* y en 2006 la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* aprobó la superación de la perspectiva asistencial, para pasar a su abordaje desde los derechos humanos. De acuerdo con esto, la Ley 8/2021 garantiza el respeto a la igualdad de todas las personas en el ejercicio de

<sup>2</sup> <https://lamenteesmaravillosa.com/martha-nussbaum-capacidades-basicas/> (consultado el 6 de octubre de 2024).

<sup>3</sup> En la filosofía griega se considera una forma de adquirir conocimiento. Platón considera que los placeres, los dolores, los deseos y los temores, forman parte de la *aísthesis*, así como la vista, el oído o el gusto (Guthrie, 1992). Para Aristóteles, es percepción sensorial, sería el resultado del uso de los sentidos, por lo tanto, algo más que la mera sensación (Guthrie, 1993).

su capacidad jurídica que incluye la capacidad de obrar, esto es su aptitud para poder ejercer sus derechos y obligaciones. Queda así englobado lo formal y lo material, de modo que no puede separarse la titularidad del ejercicio. Por lo tanto, este reconocimiento, desde la perspectiva de los derechos humanos, obliga a la acción y, consecuentemente, a la responsabilidad. Quedan aunados el mundo inteligible, al reconocer los derechos y el mundo sensible, al reconocer los deberes inherentes. El sujeto es a la vez capaz de decidir y actuar, así como responsable de sus obligaciones y deberes. Quizá la referencia citada más arriba del Aquinate, que hace depender el obrar del desarrollo del conocimiento objetivo, ayude a entenderlo más acertadamente.

Se puede concluir que el pensamiento en torno a la autonomía de la voluntad ha evolucionado favorablemente, alcanzando cotas cada vez más altas en el reconocimiento de los derechos individuales y personales, facilitando la progresiva identificación de los determinantes en salud, para que puedan ser neutralizados, en la medida de lo posible, sino eliminados, y reclamando una asistencia sanitaria que permita conservar y recuperar la salud individual de cada uno de los seres humanos, lo que repercute en la salud pública.

## Bibliografía

1. *Informe 1/2024 del Comité de Bioética Regional sobre la aplicación práctica de la ley 8/2021.*
2. Martínez Casado, A. (2006). «Introducción» a De Soto, D. *La causa de los pobres*. Salamanca: Editorial San Esteban.
3. Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela.
4. Locke, J. (2006). *Segundo tratado sobre el gobierno civil*. Madrid: Tecnos.
5. Kant, I. (2014). «Fundamentación de la metafísica de las costumbres». En *Obras de Immanuel Kant*. Dinslaken: André Hoffmann.
6. Sánchez Meca, D. (2012). *Teoría del conocimiento*. Madrid: Dykinson.
7. Kant, I. (2014). «Crítica de la razón pura». En *Obras de Immanuel Kant*. Dinslaken: André Hoffmann.
8. Olivares E; Hernández-Mansilla JM (2015). «La institucionalización de la ética médica. Thomas Percival». En Herreros, B; Bandrés, F. *Historia ilustrada de la bioética*. Madrid: Además Comunicación Gráfica.
9. Real de Asúa D; Palacios G. (2015). «Las primeras investigaciones con seres humanos. Albert Neisser» En Herreros, B; Bandrés, F. *Historia ilustrada de la bioética*. Madrid: Además Comunicación Gráfica.
10. Benjamín Herreros B; Mur de VÍu, C. (2015). «El fin del paternalismo médico. Operación clímax de medianoche» En Herreros, B; Bandrés, F. *Historia ilustrada de la bioética*. Madrid: Además Comunicación Gráfica.
11. Mill, JS. (1984). *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza, p. 66.
12. Merino P; Coca C. (2015). «Las consecuencias del utilitarismo americano. El estudio Tuskegee». En Herreros, B; Bandrés, F. *Historia ilustrada de la bioética*. Madrid: Además Comunicación Gráfica.
13. Ferrater, J. (1964). *Diccionario de filosofía*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

14. Sánchez Meca, D. (1996). *Diccionario de filosofía*. Madrid: Alderabán.
15. Bueno, G. (2001). *¿Qué es la bioética?* Oviedo: Pentalfa ediciones.
16. CBE (2024). *Informe del Comité de Bioética de España sobre el acceso universal al sistema sanitario*.
17. Aramayo, R. (2018). «La esperanza kantiana como apuesta moral de creer en uno mismo. *Autoconfianza, autosuficiencia y autosatisfacción* o las tres dimensiones del concepto kantiano de *autonomía*». En Sánchez Madrid, N. y Satne, P (eds.), *Construyendo la autonomía, la autoridad y la justicia. Leer a Kant con Onora O'Neill*. Valencia: Tirant Humanidades.
18. Turell, ML. (2014). «Recensión de Martha C. Nussbaum, *Las mujeres y el desarrollo humano. El enfoque de las capacidades*». En *Miscelánea Comillas*, Vol. 72 (2014), núms. 140-141, pp. 347-365.
19. Agra, MX. (2009). «Martha C. Nussbaum: Liberalismo político de las capacidades». En Máiz, R. (comp.) *Teorías políticas contemporáneas*. Valencia: Tirant lo Blanc.
20. Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
21. Guthrie, WKC. (1992). *Historia de la filosofía griega V: Platón, segunda época y la Academia*. Madrid: Gredos.
22. Guthrie, WKC. (1993). *Historia de la filosofía griega VI: Introducción a Aristóteles*. Madrid: Gredos.



### 3- SENTENCIAS PARA DEBATE.

**MEDIDAS DE CONTENCIÓN FÍSICA EN CENTRO SOCIOSANITARIO. STSJ GALICIA Nº 594/2024, DE 19 DE JULIO, Nº REC. 274/2023.**

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

---

La STSJ Galicia nº 594/2024, de 19 de Julio, nº rec. 274/2023 ha desestimado el recurso interpuesto por la Fundación Benéfica Nuestra Señora de Fátima. Dicha Fundación, con motivo de una inspección, fue sancionada con diversas multas por infracciones a la Ley 13/2008 de Servicios Sociales de Galicia.

Se comprobó que, respecto a las medidas de sujeción, no se había procedido por parte de la Fundación a la renovación del consentimiento informado en el momento de su revisión, y además ese consentimiento se recababa de modo genérico para aplicar medidas de inmovilización, sin especificar para qué medida en concreto se prestaba ese consentimiento. Por otra parte, a un determinado usuario se le estaba aplicando una medida tipo "chaleco de sujeción en silla" cuando su prescripción era la de "cinto en silla".

El artículo 82.a) tipifica como infracción muy grave proporcionar a las personas usuarias tratos degradantes, discriminatorios o incompatibles con su dignidad, así como realizar actuaciones que supongan violación, restricción o impedimento injustificado de sus derechos fundamentales y libertades públicas.

La Juzgadora de instancia señaló: *"Se afirma por la actora que los referidos chalecos de retención son sistemas de protección homologados por la Administración por lo que no pueden ser sometidos a ninguna sanción. No obstante, se ha de precisar que se sanciona porque toda medida de contención física requiere además de prescripción médica, el consentimiento informado, supuesto que aquí no acontece."*

La Sala desestima el recurso interpuesto por la Fundación, y manifiesta además que:

*"Cada disposición de aseguramiento, de control, de prevención de riesgos, de contención, está definida por su necesidad debidamente justificada, respaldada sobre criterios médicos, terapéuticos o asistenciales que así lo prescriban o ratifiquen. No se otorga carta de naturaleza a la adopción de cualquiera de las soluciones posibles, porque las medidas de contención sólo se han de aplicar si son medidas de protección y son beneficiosas, si aseguran comodidad y bienestar y minimizan los efectos nocivos, si se agotan otras alternativas y tienen un mínimo tiempo establecido, si preservan la dignidad y el respeto del usuario, y si se ha ofrecido la información correspondiente a éste y a sus familiares, recibiendo su consentimiento."*

*Las medidas de contención, en fin, no se han de aplicar cuando hay medidas alternativas, ni como castigo, por comodidad del personal o por reducir la vigilancia.”*

En este contexto resulta conveniente traer a colación la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, objeto comentario en el Boletín de Derecho Sanitario y Bioética nº 197, pág. 22:

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

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

## **EL USO DE HISTORIAS CLÍNICAS POR EL PROFESIONAL SANITARIO PARA SU DEFENSA. STSJ CATALUÑA, Nº 2393/2024, DE 26 DE JUNIO, Nº REC. 2495/2021.**

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

---

Una facultativa especialista en obstetricia y ginecología, fue sancionada por el Instituto Catalán de la Salud con cuatro sanciones que sumaban 7 meses y 15 días de suspensión por la comisión de faltas graves, así como una sanción adicional de 2 años de suspensión por una falta muy grave relacionada con el quebranto de la debida reserva de datos.

En relación con esta última infracción el artículo 72.2 c) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, tipifica el quebranto de la debida reserva respecto a datos personales. Sin embargo, se concluye que la presentación de las historias clínicas no constituyó una infracción, ya que no salieron de la administración y se utilizaron en el marco del procedimiento administrativo

La sanción correspondiente a la comisión de la anterior infracción es recurrida argumentando que había presentado historias clínicas en su defensa, y que no se había hecho pública dicha información fuera del procedimiento administrativo correspondiente.

La Sala concluye que no cabe estimar la concurrencia del tipo imputado, "El quebranto de la debida reserva", en razón de la reserva inherente al carácter de dicho procedimiento y al derecho de defensa de la actora apelada en el seno del mismo.

## 4- DOCUMENTOS DE INTERÉS.

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

### I.- RECURSOS HUMANOS

- Carrera profesional. Equiparación de derechos entre el personal estatutario interino. Discriminación en la valoración de servicios prestados en otros servicios de salud.

STS nº 1427/2024, de 12 de septiembre, nº rec. 4354/2022.

La interesada, personal estatutario interino en el Servicio Cántabro de Salud, solicitó el reconocimiento del grado I en el sistema de carrera profesional, alegando servicios prestados en el Servicio de Salud del País Vasco. La Administración denegó su solicitud, argumentando que no cumplía con el requisito de haber prestado cinco años de servicios en el Servicio Cántabro de Salud.

La cuestión de interés casacional se ciñe a determinar si de conformidad con el artículo 40.2 del EMPSS, los servicios computables para el reconocimiento de la carrera profesional, se han de haber prestado en el servicio de salud en el que se ha solicitado el reconocimiento de la carrera profesional, en este caso el de Cantabria.

Para el personal fijo, y a efectos de reconocimiento de carrera profesional, sí se prevé como invocables los servicios prestados en general, en el Sistema Nacional de Salud. Al excluir de tal previsión al personal estatutario interino de larga duración se incurre en la discriminación.

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

- Motivación: explicación de la puntuación otorgada.

STSJ de Castilla-La Mancha 00204/2024, 6 de septiembre.

La sentencia de instancia considera que no se da una motivación suficiente cuando requiriendo el demandante una explicación de la puntuación otorgada, se le remite a las bases de la convocatoria, sentencia confirmada por la Sala:

*“...una vez que un candidato pide revisión de su puntuación el tribunal de selección tiene la obligación de justificar la puntuación otorgada, dando razón de la valoración de los méritos presentados”.*

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

- **Retribuciones del personal estatutario con nombramiento para realización de guardias hospitalarias.**

**SJC-A nº 2 de Toledo, nº 00253/2024, de 15 de Julio.**

No existe discriminación respecto del personal fijo de atención primaria y especializada. La Administración tiene razones objetivas para establecer un trato diferente en las retribuciones, porque *“las jornadas y las funciones de la recurrente son diferentes al personal con el que se realiza la comparación”* (...) *“Este personal eventual no desarrolla las siguientes funciones: actividad programada, sesiones clínicas, atención en consultas...”*

**Añade:**

*“La parte actora reclama todos los conceptos retributivos previstos en los artículos 42 a 44 del Estatuto Marco sin discriminación; sin embargo, no puede tener favorable acogida dicha pretensión por cuanto consideramos que de ser así la discriminación se estaría produciendo respecto al resto de los médicos de plantilla con jornada ordinaria que, participando en las sesiones clínicas, pasando consulta, o interviniendo en las actividades programadas no tendrían un reconocimiento específico de dichas funciones, equiparando sus retribuciones con el personal eventual contratado para la exclusiva realización de guardias médicas.”*

**Respecto a la posible equiparación con el personal estatutario PEAC:**

*“...no existe una equiparación entre el personal estatutario para la atención continuada en la Atención Primaria, (regulado en el Decreto 63/2005) y el personal estatutario para la atención continuada en la Atención Especializada. No existe un solo y mismo régimen de actividad para la Atención Primaria y para la Especializada sino dos diferentes y múltiples. Uno y otro ámbito asistencial tienen una jornada complementaria propia y los condicionantes del denominado”*

**Finalmente se invoca por el juzgador el principio de legalidad:**

*“...se reclama unos complementos que no están regulados para los facultativos que sólo hacen guardias de atención especializada, por lo que la mera invocación del principio de legalidad y de ausencia de previsión normativa sobre dicho complemento, y en suma no acreditarse discriminación alguna, determina la desestimación del recurso”.*

- **Reducción de jornada y descanso: idéntico tiempo de descanso que el fijado para quienes no tienen reducción de jornada.**

**STSJ Andalucía nº 543/2024, de 22 de abril, nº rec. 556/2023.**

El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo de Córdoba dictó una sentencia favorable a una trabajadora del Servicio Andaluz de Salud, reconociendo su derecho a que el tiempo de descanso tras las guardias se compute como trabajo efectivo, a pesar de su reducción de jornada por cuidado de un menor. La sentencia se basó en la consideración de que la administración había discriminado a la trabajadora al asignarle un menor tiempo de descanso en comparación con sus compañeros que no tenían reducción de jornada.

La administración apeló la sentencia, argumentando que la reducción de jornada implicaba una disminución proporcional del tiempo de descanso retribuido. Sin embargo, el tribunal concluyó que la diferencia de trato era injustificada y contraria al principio de igualdad, ya que las guardias realizadas eran de la misma duración que las de otros trabajadores, lo que debía garantizar un tratamiento equitativo en el cómputo del descanso

Por tanto, se da la razón a la trabajadora, ya que el tribunal considera que la administración ha vulnerado el principio de igualdad al no reconocerle el mismo tiempo de descanso que a sus compañeros. La sentencia se apoya en la doctrina del Tribunal Constitucional que establece que la reducción de jornada por motivos de guarda no debe conllevar un menoscabo en los derechos laborales.

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

- **La reincorporación del personal estatutario sustituto debe ser efectiva y no meramente hipotética.**

**STSJ Extremadura, nº 442/2024, de 28 de Junio, nº rec. 112/2024.**

La sentencia de instancia reconocía el derecho de una trabajadora a continuar en su puesto de sustitución con carácter retroactivo, abarcando los salarios dejados de percibir desde su cese.

La Administración sanitaria apeló esta decisión, argumentando que el cese se debió a la reincorporación de la titular del puesto.

La reincorporación se había producido efectivamente el mes de septiembre, a pesar de que la incapacidad laboral de la titular había finalizado en enero de ese mismo año.

Se da la razón a la trabajadora, ya que el tribunal concluye que la reincorporación de la titular no fue efectiva en el momento alegado por la Administración, lo que implica que el cese de la trabajadora sustituta no se ajustó a derecho. Así lo corrobora la STS 1224/2019, que aclara que la incapacidad laboral de la titular no implica automáticamente el cese del sustituto si no se ha producido la reincorporación efectiva.

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

- **Infracción disciplinaria: simultaneidad de actividades públicas y privadas sin la debida autorización de compatibilidad.**

**STSJ Galicia, nº 569/2024, de 17 de Julio, nº rec. 175/2023.**

El recurrente, un facultativo del Servicio Gallego de Salud, fue sancionado con tres meses de suspensión de funciones por simultanear la prestación de servicios en el ámbito público y privado sin haber solicitado la preceptiva autorización de compatibilidad. Había estado ejerciendo actividades privadas en una clínica desde 2012, a pesar de estar en régimen de dedicación exclusiva en su puesto público.

El interesado alegó que la denuncia anónima presentada en su contra era ilegal y que los datos obtenidos de ella no deberían ser utilizados en el procedimiento, y que la actividad que desarrollaba no era de carácter médico por tratarse de una actividad de medicina aeronáutica y que por lo tanto, no requería autorización de compatibilidad.

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

- **Las solicitudes de reconocimiento de nivel de carrera profesional presentadas tras la suspensión de los procesos no generan efectos económicos automáticos hasta que se reanuden los procedimientos administrativos correspondientes.**

**STSJ Andalucía nº 3/2024, 9 de Julio, nº rec. 76/2021.**

El Servicio Andaluz de Salud interpuso un recurso de casación contra una sentencia que reconocía el derecho de una trabajadora a recibir los efectos económicos de su nivel de carrera profesional desde el 1 de enero de 2018, a pesar de que su solicitud fue presentada durante un periodo de suspensión de los procesos de carrera profesional.

La sentencia de primera instancia había anulado la actuación administrativa que desestimó la solicitud de la actora, argumentando que la Administración no había resuelto en el plazo establecido.

La resolución de 29 de abril de 2014, publicada en el BOJA el 12 de mayo de 2014, establece la suspensión temporal del acceso a la carrera profesional del SAS y de los procesos de certificación de los distintos niveles de carrera profesional. Esta suspensión se debió a la necesidad de reordenar los procesos de certificación en cumplimiento de la legislación estatal sobre objetivos de déficit presupuestario.

Durante el periodo de suspensión, no se procedía a abonar la carrera profesional, ya que los procesos de carrera profesional del SAS estaban suspendidos. Esto significa que las solicitudes presentadas durante este tiempo no podían ser tramitadas ni reconocidas, lo que afectaba directamente a los derechos económicos de los profesionales.

La Sala concluye que no se puede considerar que hubo inactividad de la Administración en la tramitación de los procesos de certificación de niveles de carrera profesional, ya que la suspensión fue una medida legalmente justificada. Por lo tanto, las solicitudes

presentadas durante la suspensión no debían ser admitidas ni tramitadas, sin se puedan reconocer efectos económicos automáticos a las solicitudes de reconocimiento de nivel de carrera profesional presentadas durante el periodo de suspensión, ya que el propio proceso de reconocimiento estaba legalmente suspendido.

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

## **II.-CONTRATACIÓN PÚBLICA**

- Falta de definición en un elemento relevante para el cumplimiento del compromiso de adscripción de medios.

**Resolución nº 226/2024 del Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales, de 15 de febrero de 2024. Recurso nº 2/2024.**

Recurso interpuesto por D. I.M.V., en representación de la sociedad IVAN MAÑERO CLINIC, S.L., en impugnación de los pliegos que rigen la licitación para la contratación del servicio de “procesos quirúrgicos de reasignación genital en el ámbito del Servicio de Salud de las Islas Baleares”, expediente SSCC PA 416/23, convocada por el Director General del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

Se alega falta de justificación por el órgano de contratación de la insuficiencia de medios que motiva la contratación, falta de claridad e indeterminación de las exigencias técnicas de los pliegos, falta de reconocimiento presupuestario e indeterminación de costes, prohibición de subcontratar sin justificar el carácter de tareas críticas que motivaría la prohibición, falta de claridad de los criterios de adjudicación e irregular configuración de las modificaciones contractuales. El OC defiende la legalidad de los pliegos.

En este caso el recurrente no había presentado oferta, pero de los motivos denunciados, al menos uno conduce a reconocerle legitimación, la indeterminación de costes relativos a la intervención conocida como “colovaginoplastia”.

Sí se aprecia falta de definición en un elemento relevante para el cumplimiento del compromiso de adscripción de medios, como es el relativo a la experiencia del enfermero/a instrumentista, en concreto, qué ha de entenderse por suficiente experiencia. Este elemento resulta determinante para enjuiciar si reúne los requisitos legales de razonable y proporcional exigidos por el artículo 76.3 de la LCSP. Por ello, estimamos este motivo de recurso.

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

- Contratación de determinadas clínicas por parte de las compañías aseguradoras.

**Informe 17/2024, de 27 de junio, sobre especificaciones técnicas en la contratación de seguros de asistencia sanitaria para colectivos.**

La cuestión planteada consiste en dar respuesta a la siguiente interrogante, ¿es adecuada a la normativa de contratación la determinación de una clínica específica con la que las compañías aseguradoras deben tener concierto, o esta decisión puede restringir la competencia?

El tribunal autonómico administrativo concluye que:

1. Las prescripciones técnicas de un contrato no pueden hacer referencia a una procedencia determinada, o a un procedimiento concreto que caracterice a los productos o servicios ofrecidos por un empresario determinado, o a un origen o a una producción determinados, con la finalidad de favorecer o descartar ciertas empresas o ciertos productos, a fin de garantizar el acceso en condiciones de igualdad al procedimiento de contratación y la apertura de la contratación pública a la competencia.

2. El art. 126 de la LCSP contempla como excepción al cumplimiento de las reglas anteriores que lo justifique el objeto del contrato, lo que debe interpretarse de forma restrictiva y acreditarse por el órgano de contratación.

3. En el caso de especificaciones que limiten la adjudicación a una única empresa, éstas serían discriminatorias y contrarias a la libre competencia cuando existan más empresas que operen en ese mercado que podrían satisfacer las necesidades de la Administración, salvo que el órgano de contratación justifique que la finalidad del contrato solamente puede ser cumplida por esa única empresa. La interpretación de lo concerniente a esta excepción debe hacerse de forma restrictiva.

4. Una justificación basada en “rankings” u otros índices externos al órgano de contratación es contraria a la igualdad de trato entre las personas licitadoras salvo que reúna las garantías que la LCSP establece para acreditaciones externas en los artículos 93 y 94, 127 y 128.

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

### **III.- DERECHO LABORAL**

- El alta hospitalaria no implica la finalización del permiso retribuido por hospitalización si persiste la prescripción de reposo domiciliario.

SAN, nº 101/2024, de 24 de Julio, nº rec. 157/2024.

Un sindicato interpuso demanda contra dos empresas del Grupo Campofrío, solicitando el reconocimiento del derecho de los trabajadores a disfrutar de un permiso de cinco días por hospitalización o intervención quirúrgica que requiera reposo domiciliario, incluso tras el alta hospitalaria.



Las empresas demandadas argumentaron que el permiso se agotaba con el alta hospitalaria, lo que motivó la acumulación de demandas de diferentes sindicatos en un único procedimiento judicial.

La relación entre el alta hospitalaria y la finalización del permiso retribuido por hospitalización se establece en el contexto del artículo 37.3.b) del Estatuto de los Trabajadores (ET), modificado por el RD Ley 5/2023.

El Tribunal señala que el permiso de cinco días se concede por "*accidente o enfermedad grave, hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización que precise reposo domiciliario*". Lo anterior implica que, si tras el alta hospitalaria se ha prescrito reposo domiciliario al familiar o persona conviviente, el trabajador tiene derecho a disfrutar de los días restantes del permiso, siempre que no se hayan agotado los cinco días.

Por tanto, el alta hospitalaria en sí misma no supone la terminación del permiso retribuido por hospitalización mientras el causante se mantenga en situación reposo domiciliario prescrito.

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

#### **IV.- REINTEGRO DE GASTOS SANITARIOS**

- **No puede entenderse que la inclusión en lista de espera supusiera una denegación de asistencia sanitaria pública.**

**SJ- Social nº 3 de Ciudad Real, de 12 de Junio, nº 360/2024.**

Paciente diagnosticado de coxartrosis izquierda, e incluido en lista de espera quirúrgica que, por voluntad propia, acude a la sanidad privada para someterse a intervención.

Se deniega el reintegro de gastos presentado pues:

- *“El actor fue atendido correctamente dentro del sistema público de salud, que no descuidó dicha atención en ningún momento, fue incluido en lista de espera y él se intervino en la sanidad privada 40 días después. “*
- *“Se señala que la lista de espera en ese momento era de 230 días, sin embargo, no se evidencia de qué modo esperar ese tiempo hubiese implicado un riesgo para su vida”.*
- *“Padecía dolor, pero podía caminar, con bastón, tenía pautada una nueva medicación, y si bien padecía ciertas limitaciones estas no le impedían las actividades propias de la vida diaria, o, al menos, no se ha aportado prueba en dicho sentido.”*

## V.- PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

- La médico debe recabar el consentimiento de la paciente para poder consultar datos sanitarios recogidos en la historia clínica de la paciente en otro centro sanitario.

STSJ Cataluña nº 2936/2024, de 30 de Julio, nº rec. 630/2023.

La paciente tenía programada una intervención quirúrgica en el centro privado ÀPTIMA Centre Clínic, que pertenece al grupo Mútua de Terrassa. El mismo día de la intervención, una trabajadora del centro le comunicó que su operación había sido cancelada en atención a la información que constaba en su historia clínica en el CAP d'Olesa de Montserrat (gestionado por la Fundació Assistencial Mútua de Terrassa, en adelante FAMT), que pertenece al mismo grupo Mútua de Terressa.

La paciente mostró su queja a la doctora del centro ÀPTIMA por haber consultado su historia clínica del CAP d'Olesa de Montserrat sin su consentimiento.

La paciente presentó una denuncia contra la FAMT por el incumplimiento de la normativa de protección de datos, poniendo en su conocimiento los hechos anteriores, e insistiendo en que ella no autorizó para acceder a sus datos clínicos. En la denuncia añadía que el día 23/07/2019 acudió al CAP d'Olesa de Montserrat para unas gestiones, y fue entonces cuando le presentaron un documento para firmar, sin poder leerlo en ese momento, y tres días después fue de nuevo al CAP a buscar una copia del documento que había firmado, y que resultó ser un consentimiento para el acceso a los datos de la FAMT, incluyendo también al centro ÀPTIMA.

La Sentencia de instancia recoge que el tratamiento de datos que se hizo por parte de la doctora del centro ÀPTIMA fue lícito, ya que ese tratamiento era necesario para proteger intereses vitales del interesado.

Sin embargo, la Sala no comparte este criterio, ya que para el tratamiento de categorías especiales de datos personales (como son las relativas a la salud) el tratamiento viene regulado en el art. 9, que establece (apartado 1) una prohibición taxativa:

*"1. Quedan prohibidos el tratamiento de datos personales que revelen el origen étnico o racial, las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas, o la afiliación sindical, y el tratamiento de datos genéticos, datos biométricos dirigidos a identificar de manera unívoca a una persona física, datos relativos a la salud o datos relativos a la vida sexual o la orientación sexual de una persona física."*

Y esa prohibición sólo dejará de aplicarse, entre otros supuestos, cuanto "c) el tratamiento es necesario para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona física, en el supuesto de que el interesado no esté capacitado, física o jurídicamente, para dar su consentimiento".

En definitiva, si la doctora del centro ÁPTIMA en el que se iba a practicar a la actora una intervención quirúrgica, necesitaba, para llevar a cabo esa intervención, información médica que no estaba en la historia de la paciente de ese mismo centro (pruebas de presión sanguínea, análisis de sangre, actualizar datos sobre incidentes vasculares recientes, etc.), debió de haber realizado esas pruebas complementarias, o bien consultar a la paciente sobre si esas pruebas ya se le habían hecho recientemente, solicitando entonces que la propia paciente las aportara, o bien, si la paciente le hubiera informado de que esas pruebas se realizaron en el CAP d'Olesa de Montserrat, solicitar su autorización escrita para acceder a los datos médicos del CAP, pero la doctora en ningún caso pudo hacer esa consulta sin la autorización por escrito de la paciente.

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

- **Acceso a historias clínicas de pacientes fallecidos: inaplicación del régimen sancionador de la legislación de protección de datos a las infracciones cometidas antes de 2018.**

**STS nº 1056/2024, de 13 de Junio, nº rec. 6614/2023.**

La entidad SSR Hestia SL fue sancionada con una multa de 40.001 euros por la Autoridad Catalana de Protección de Datos debido a la negativa a facilitar el acceso a la historia clínica de un paciente fallecido, tras una solicitud realizada por su hija. La sanción se basó en la supuesta infracción del derecho de acceso a datos personales, alegando que el hospital había obstaculizado el ejercicio de este derecho.

El Alto Tribunal considera que tanto el Juzgado como la Sala de apelación realizan una interpretación muy amplia y extensiva de la normativa reguladora de la protección de datos, que consideran aplicable al caso de autos y confirman la legalidad de la sanción impuesta por la Autoridad Catalana de Protección de Datos, con arreglo a la normativa indicada. Razonan de forma coincidente ambos órganos jurisdiccionales que la mencionada Ley 41/2002 que reconoce expresamente el acceso a los historiales clínicos de los fallecidos, debe "complementarse" con el art. 15 de la LOPD y el artículo 27 de su Reglamento, que establecen el derecho a solicitar y obtener información sobre los datos de carácter personal. Se basan en el denominado << habeas data >>, el derecho de afectado a exigir al responsable del fichero una prestación consistente en la exhibición de sus datos, rectificación y cancelación, derecho esencial que deriva entre otras de la Directiva 95/46 y del art. 18.4 y concluyen que las normas de protección de datos han de "complementarse" con la legislación aplicable al acceso a las historias clínicas, con la Ley 41/2002.

En atención las consideraciones anteriores, el TS fija como doctrina jurisprudencial la siguiente:

*“El régimen de la Ley de Protección de Datos en su redacción anterior a la reforma de fecha de 5 de diciembre de 2018 y su sistema sancionador no puede tener entrada ni puede ser aplicado a través o por ser complemento de una normativa específica*

aplicable, la Ley 14/2002, de Autonomía del Paciente, que prevé de forma singular el acceso a las historias medicas de los pacientes fallecidos.

*Esta norma es aplicable por razón de su especialidad, que prevé que las infracciones del régimen previsto en dicha ley se encuentran sometidas al régimen sancionador de la Ley General de Sanidad (FJ 5-7).”*

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

## **VI.- RESPONSABILIDAD SANITARIA**

- **Omisión de consentimiento informado en cirugía por hernia cervical.**

**STSJ Región de Murcia, nº 357/2024, de 18 de Julio, nº rec. 394/2022.**

La demandante fue intervenida quirúrgicamente por una hernia discal cervical C5-C6, pero el cirujano no pudo realizar la intervención programada y optó por un injerto óseo sin la colocación de una placa anterior, lo que resultó en complicaciones graves. A los pocos días de la intervención, la paciente sufrió una extrusión del injerto, lo que llevó a una segunda cirugía para corregir la situación, la cual fue más compleja y con mayores riesgos.

Debe destacarse que la intervención quirúrgica se hizo sin consentimiento informado, puesto que el recabado de la paciente era para otra intervención.

Como se recoge en la sentencia:

*“No fue informada de que se le iba a implantar injerto óseo ni la técnica a utilizar para ello, ni sus ventajas y riesgos, ni posibles alternativas. Se ha dicho por la parte demandada y codemandadas que se trataba de una cirugía de rescate, al fallar la posibilidad de realizar la intervención programada. Esta circunstancia merece dos consideraciones. En primer lugar, se desconoce si había o no posibilidad de colocación de otra prótesis, que fuera más adecuada al tamaño de la vértebra intercostal de la paciente, pero debió advertir el cirujano que las características anatómicas de la paciente podían dar lugar a una situación como la acontecida, y haber tomado las medidas de precaución adecuadas, proveyéndose de otras prótesis. No se ha acreditado por la parte demandada ni por la codemandada Viamed San José que se dispusiera de esas alternativas y que, no obstante, el facultativo decidiera hacer el implante de injerto óseo. Es decir, que no consta si la técnica utilizada se debió a una decisión del cirujano o a qué no había otra alternativa, y ello parece lo más probable, pues se está hablando de cirugía de rescate, es decir, de hacer aquello que no está previsto, pero con lo que se intenta solventar la incidencia acaecida”.*

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

## VII.- SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- La práctica dual público-privada en la sanidad española. ¿Solución o problema?

Informe SESPAS 2024. Vol. 38. Núm S1.

*“El sistema sanitario público español está saturado. Como consecuencia de ello, los profesionales sanitarios muestran síntomas de burnout o desgaste profesional, y la sanidad privada está creciendo más que nunca. Con las numerosas huelgas del colectivo médico se ha revelado la necesidad de que mejoren sus condiciones laborales y económicas, así como su frustración al no poder dedicar el tiempo y la calidad necesaria a los pacientes. Ante esta situación, la respuesta institucional en la mayoría de las comunidades autónomas ha sido suprimir la cláusula de exclusividad que garantizaba un sueldo mayor a cambio de la plena dedicación de los médicos al sector público, pero manteniendo el pago extra. Promover la práctica dual público-privada de los médicos permite que estos tengan más ingresos, pero plantea otras muchas cuestiones que intentamos analizar en este artículo, en el que también discutimos sobre otras medidas y reformas necesarias y urgentes, de mayor calado, que deberían ser abordadas por el gobierno para revertir esta situación tan crítica de nuestro sistema sanitario”.*

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

## 5.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

### I.- Bibliografía

- Madre legal, abuela biológica. Sobre la filiación, la fecundación post mortem y otras cuestiones jurídicas.

*Silvia Vilar Gonzalez*

[Fuente: editorial.tirant.com](http://editorial.tirant.com)

- Estatuto jurídico del testamento vital.

*David Enrique Pérez González*

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

### II.- Formación

#### 1. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD.

- XII Jornadas Tecnologías al Servicio de la Salud.

[Fuente: cfp.upv.es](http://cfp.upv.es)

#### 2. TECNOLOGÍAS SANITARIAS.

- 30 Encuentro del sector de la tecnología sanitaria: “*Retos de la Sanidad Española*”.

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

#### 3. INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA.

- Actividad enmarcada en el Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León.

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

#### 4. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

- XXI Jornadas Nacionales de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en el ámbito sanitario.

[Fuente: comunidad.madrid](http://comunidad.madrid)

#### 5. SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

- XI Jornada: Celebrando Localiza Salud, 19 noviembre 2024.

[Fuente: sanidad.gob.es](http://sanidad.gob.es)

#### 6. SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- X Jornadas de Seguridad del Paciente.

[Fuente: sanidad.castillalamancha.es](http://sanidad.castillalamancha.es)

## -NOTICIAS-

- El SESCAM refuerza la formación de sus Comités de Ética Asistencial para mejorar la calidad de sus decisiones en beneficio de los derechos y dignidad de los pacientes.

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

- La enfermería planta cara a los médicos y defiende su derecho a prescribir fármacos.

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

- Condenan a un cirujano a pagar a una paciente 40.000 euros por hacer el seguimiento de su operación de pecho a través de WhatsApp.

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

- El Tribunal Europeo de Derechos Humanos condena a España por forzar a una transfusión a una testigo de Jehová.

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

- Indemnización millonaria a una joven toledana por amputación de su pierna tras error médico.

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

- Un juzgado prohíbe a un paciente que agredió a su médica entrar en el centro de salud.

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

- Sobre el ejercicio simultáneo en la sanidad pública y privada de los médicos españoles.

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

- La Generalitat se enfrenta a una indemnización de 300.000 euros por un caso de bebés intercambiados al nacer.

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

- Así es la 'ley ELA': Cuidados 24 horas, apoyo a los cuidadores o trámites más ágiles de dependencia.

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



- Ni PSOE ni PP han asegurado el acceso y la cobertura sanitaria universal con sus reformas desde hace casi 40 años.

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

# -BIOETICA Y SANIDAD-

## 1- CUESTIONES DE INTERES

- **Informe 1/2024 del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha sobre la aplicación práctica de la Ley 8/2021 de 2 de junio.**

Informe elaborado por el Comité de Bioética de Castilla-La Mancha en el que se analiza la colisión entre la Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia y la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, regulación de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La Ley Orgánica 8/2021 ha supuesto un avance importante en la protección de menores y personas con discapacidad frente a la violencia, pero ha creado conflictos con la Ley 41/2002, especialmente en lo que respecta a la autonomía del paciente, por lo que se hace preciso una modificación de esta última disposición legal.

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

- **El principio de no lucro y la circulación de ovocitos de procedencia española en la UE.**

*Marc Abraham Puig Hernández*

De acuerdo con los estudios antropológicos y sociológicos la mitad de los ovocitos que circulan por Europa proceden de España. De ahí que nos preguntemos por las exigencias de su regulación, en particular por el principio de no lucro. Este principio se concreta normativamente en un solo momento, a saber, en la donación de ovocitos. Las normas comunitarias y nacionales no extienden este principio a la exportación y la distribución de los ovocitos, abriendo la puerta a su mercantilización y conculcando así el principio. Por ello proponemos una legislación acorde a las exigencias del principio de no lucro.

[Más información: turia.uv.es](http://turia.uv.es)

- **Actuación ética ante una petición de ayuda a morir. Recomendaciones ante el nuevo escenario legal en España.**

La reivindicación de la despenalización de la ayuda a morir obtiene en la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia una respuesta jurídica de carácter legal, pero no necesariamente ética (Seoane et al., 2022). El deber de los profesionales que atienden enfermos al final de su vida es encontrar el curso óptimo de acción para cada caso concreto (Gracia, 2002). La LORE regula procedimientos y garantías

para que esto ocurra, pero podrían no ser observadas en la práctica. Por tanto, la calidad ética del proceso queda en manos de los profesionales.

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

- **Bioética y selección genética de embriones humanos por cálculo de riesgo poligénico. Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia.**

El artículo alerta sobre los riesgos asociados a las propuestas del posthumanismo, que *“de ser posible, trasciende lo que si se puede hacer con fines de mejorar la salud, especialmente utilizando los conocimientos de la genética y la biología celular. En las supuestas máquinas pensantes ya no habría ni genes, ni herencia, ni enfermedades que curar. Simplemente ya no habría seres humanos. Para los posthumanistas los futuros sucesores, que no descendientes del Homo sapiens, no serán de carne y hueso sino máquinas, robots, ciborgs o avatares, a base de chips, cables y nanopartículas. Tal vez inteligentes a su manera, y hasta se podrían clonar y tal vez inmortalizar, pero carecerían de sentimientos, amor y todo lo mejor que albergan los auténticos seres humanos”*.

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

- **La evolución de la eutanasia en la sociedad española y el Estado Constitucional.**

La sociedad avanza en la Ciencia y Tecnología repercutiendo en la forma de vivir y de pensar de las personas. La vida se alarga, y el envejecimiento de la población y la vejez conlleva, inevitablemente, deterioro físico y psíquico que puede producir grave sufrimiento. El Código Penal español condenaba el ataque al derecho a la vida, reconocido como un derecho fundamental en la Constitución Española, cuyo bien jurídico protegido es la vida y se debe proteger. La sociedad se plantea que junto al derecho a la vida hay otros derechos fundamentales de igual valor como son la libertad, la autonomía de la voluntad, la dignidad de la persona y la intimidad, que pueden estar en armonía y no tienen por qué estar enfrentados. El conjunto de estos derechos permite a los ciudadanos poder tomar la decisión libre y autónoma de disponer sobre su cuerpo y su vida, incluso, poniendo fin a ésta con la muerte. La eutanasia y el suicidio asistido se practican mediante un procedimiento adecuado y regulado por la ley, que garantiza la igualdad y la calidad de la prestación del servicio de ayuda a morir a todos los que lo soliciten.

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

## 2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

### I.- Bibliografía

- Valores ético-jurídicos para el siglo XXI. Una propuesta a través del cine.

*David Carrion Morillo*

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

### II.- Formación

#### BIOÉTICA

- IX Congreso Nacional de Ética y Deontología Médica. 17-19 octubre 2024.

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

- III Jornada de Bioética y Deontología Enfermera. Viernes 25 de octubre de 2024.

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

- Jornadas Amavir. V Jornada de Bioética. 23 de octubre de 2024. Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

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

- V Jornadas de Comité de Ética Asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

[Fuente: bioetica-andalucia.es](http://bioetica-andalucia.es)

- Jornada Andoc 2024.

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

- X Jornadas de aspectos éticos de la investigación biomédica.

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

## -CLÁUSULA PROTECCIÓN DE DATOS-

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
<b>Responsable</b>	Secretaria General. Sescam
<b>Finalidad</b>	Información sobre actualizaciones en Derecho Sanitario y Bioética
<b>Legitimación</b>	6.1.a) Consentimiento del interesado. Reglamento General de Protección de Datos. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales
<b>Derechos</b>	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
<b>Información adicional</b>	Disponible en la dirección electrónica: <a href="https://rat.castillalamancha.es/info/2325">https://rat.castillalamancha.es/info/2325</a>
<b>Consentimiento</b>	<input type="checkbox"/> Consiento que mis datos sean tratados conforme a las características del tratamiento previamente descrito. Puede retirar este consentimiento solicitándolo en el siguiente correo electrónico: <a href="mailto:asesoria.juridica@sescam.jccm.es">asesoria.juridica@sescam.jccm.es</a>