



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

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 237 Septiembre 2025.

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. M^a Ángeles Carpintero España.

Secretaría General. 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 AUTONOMICA.....	4

2.- TRIBUNA

PRIMERA SENTENCIA DICTADA EN CASTILLA-LA MANCHA SOBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CASTILLA-LA MANCHA DE 12 DE SEPTIEMBRE DE 2025.	8
---	-------------------

Por: Ángel García Millán.
Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia.
Castilla-La Mancha.

ANÁLISIS JURÍDICO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LAS MUJERES INMIGRANTES IRREGULARES: LA DISCUTIDA GRATUIDAD EN EL SNS.	14
--	--------------------

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

3.- SENTENCIA PARA DEBATE

LEGITIMACIÓN DEL PROGENITOR PARA RECURRIR LA DECISIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA FAVORABLE A LA PETICIÓN DE EUTANASIA FORMULADA POR LA HIJA MAYOR DE EDAD: STSJ DE CATALUÑA Nº 3048/2025, DE 19 DE SEPTIEMBRE.	26
--	--------------------

<u>4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.</u>	28
-----------------------------------	--------------------

<u>5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.</u>	56
---------------------------------------	--------------------

-NOTICIAS-

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de septiembre de 2025 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética.

[58](#)

-BIOÉTICA y SANIDAD-

1.- CUESTIONES DE INTERÉS.

[61](#)

2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.

[62](#)

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I. LEGISLACIÓN ESTATAL

- Real Decreto 773/2025, de 2 de septiembre, por el que modifica el Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI), en relación con el reconocimiento de cualificaciones profesionales de las enfermeras responsables de cuidados generales formadas en Rumanía.

boe.es

- Orden PJC/1001/2025, de 10 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Nuclear, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las unidades docentes de Medicina Nuclear.

boe.es

II. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.

CASTILLA-LA MANCHA

- Orden 132/2025, de 16 de septiembre, de la Consejería de Sanidad, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de fisioterapia.

docm.es

- Resolución de 9 de septiembre de 2025, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea la Red de Expertos y Profesionales en Salud de Precisión.

docm.es

CASTILLA Y LEÓN

- Orden SAN/965/2025, de 25 de agosto, por la que se aprueba la segunda convocatoria del Programa 2025 de fidelización y cobertura asistencial de residentes que finalizan la formación sanitaria especializada en el Sistema Nacional de Salud.

castillayleon.es

ARAGÓN

- Orden PEJ/1083/2025, de 18 de agosto, por la que se dispone la publicación del Procedimiento operativo de colaboración entre la Jefatura Superior de Policía de Aragón y el Servicio Aragonés de Salud, en materia de coordinación para la recogida de muestras, pertenencias y utensilios, en el ámbito territorial de Aragón.

boa.es

- Orden SAN/1119/2025, de 4 de septiembre, por la que se da publicidad al Acuerdo de 3 de septiembre de 2025, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Plan de Empleo y Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Aragonés de Salud para la organización de la Atención Continuada en Atención Primaria de la ciudad de Zaragoza.

boa.es

- Resolución de 2 de septiembre de 2025, de la Directora Gerente del Servicio Aragonés de Salud, por la que se dictan instrucciones sobre el permiso por lactancia acumulada y excedencia para el personal que presta servicios en el Servicio Aragonés de Salud.

boa.es

CATALUÑA

- Acuerdo GOV/213/2025, de 2 de septiembre, por el que se crea la Mesa para la Aplicación del Pacto Nacional de Salud Mental de Cataluña.

dogc.es

BALEARES

- Orden 24/2025, de 5 de septiembre, de la consejera de Salud por la que se modifica la Orden de la consejera de Salud y Consumo de 16 de agosto de 2021 de creación de la Comisión Permanente de Sistemas de Información Sanitaria de las Illes Balears.

boib.es

- Resolución del director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares por la que se aprueban las instrucciones y se abre el plazo de presentación y acreditación de los méritos correspondientes a la formación, docencia e investigación del proceso simplificado de acceso o progresión en la carrera profesional del personal estatutario dependiente del Servicio de Salud, correspondiente a los años 2023, 2024 y 2025.

boib.es

ANDALUCÍA

- Decreto 141/2025, de 2 de septiembre, por el que se crea y regula el Observatorio de Agresiones a las Personas Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

boja.es

- Acuerdo de 24 de septiembre de 2025, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el I Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía 2025-2029 (PIATA)

boja.es

MADRID

- Decreto 68/2025, de 3 de septiembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula la evaluación del desempeño y la carrera profesional horizontal del personal de administración y servicios de la Administración de la Comunidad de Madrid.

bocm.es

VALENCIA

- Decreto 127/2025, de 5 de septiembre, del Consell, de regulación de la utilización de las unidades sanitarias móviles por los servicios de prevención de riesgos laborales.

dogv.es

LA RIOJA

- Ley 7/2025, de 9 de septiembre, de atención y ordenación farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja

bor.es

2- TRIBUNA

PRIMERA SENTENCIA DICTADA EN CASTILLA-LA MANCHA SOBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CASTILLA-LA MANCHA DE 12 DE SEPTIEMBRE DE 2025.

Por: Ángel García Millán.
Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia.
Castilla-La Mancha.

1. Introducción

En el BOE núm. 72, de 25 de marzo de 2021, se publicó la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), ampliando el ámbito del principio de autonomía al admitir una cierta disponibilidad de la vida propia. La persona puede en determinados supuestos, decidir sobre una cuestión tan central de nuestra existencia como la concerniente al momento y forma de morir.

Con su aprobación - se dice en su Exposición de Motivos - se busca *«legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico. Con ese fin, la presente Ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole»*.

Así, se regula el derecho a recibir ayuda necesaria para morir previo cumplimiento de los requisitos previstos (arts 1 y 4), además de incluirlo en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (artículo 13).

De todos es sabido la polémica suscitada en torno a la aprobación de la LORE. Sin embargo, transcurridos desde entonces más de cuatro años, los debates de los primeros meses - a veces bajo posicionamientos inamovibles, ajenos a cualquier posible diálogo - quedaron atrás y la implantación de la Ley es una realidad, no exenta de problemas y traída al debate público especialmente debido a determinados casos o noticias que han llamado la atención de los medios.

2. La prestación de ayuda a morir en Castilla-La Mancha: el papel de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia.

Mediante el Decreto 75/2021, de 22 de junio, se creó la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla La-Mancha (CGEE), dando así cumplimiento a la previsión del

artículo 17 de la LORE. Como órgano orgánicamente adscrito a la Consejería de Sanidad, multidisciplinar y funcionalmente independiente interviene en todos los procedimientos.

Participa en el procedimiento como una garantía más de las establecidas en la LORE¹. En este sentido, el artículo 10 prevé la designación de la dupla, constituida por un médico y un jurista, que en un determinado momento del procedimiento vuelve a realizar la labor de verificación de los requisitos exigidos para poder acceder a la ayuda para morir.

También, entre otras, tiene encomendado resolver las reclamaciones que formulen las personas a quienes se haya denegado su solicitud de prestación de ayuda a morir, detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos, resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto y elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la Ley en su ámbito territorial concreto.

Desde la entrada en vigor de la LORE en Castilla-La Mancha se han formalizado cien solicitudes, pero no todas han terminado con la aplicación de la ayuda para morir debido a que en ocasiones las personas fallecen durante la tramitación a causa de la enfermedad que padecen pues es frecuente que la solicitud se realice en un estado muy avanzado de la propia enfermedad, por el ejercicio de la facultad de revocación o, en caso de no reunir los requisitos, por la denegación del derecho.

Creo oportuno aclarar que, tanto para quienes forma parte de la CGEE, como para los profesionales que han intervenido en estos casos², cada petición es atendida con la plena conciencia de la presencia de una persona, única, a quien sus concretas circunstancias les lleva a tomar tal crucial decisión. Por ello, si bien se ha de velar por el cumplimiento de las exigencias legales a través del cauce procedimental establecido, no se olvida la complejidad de esta realidad, conformada no únicamente por hechos, sino por otros elementos de marcado carácter ético, de suerte que la decisión sobre el acceso a la prestación de auxilio para morir no es tratada como una mera aplicación automática de la norma.

Ante la denegación de la solicitud se prevé que la persona pueda, en el plazo de 15 días naturales, reclamar ante la CGEE, la cual ha de resolver en el plazo de 20 días naturales. Si la reclamación es desestimada se cierra la vía administrativa y se abre la vía judicial que se tramita por el procedimiento previsto para la protección de los

¹ Se establece un procedimiento a través del cual constatar que la decisión se adopta con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas, la cual ha de ser reiterada formalmente en el tiempo (dos procesos deliberativos, consentimiento informado) y con una valoración externa (médico responsable, médico consultor, Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia, así como la identidad pública del obligado a garantizar la prestación en caso de que proceda.

² Incluyendo tanto el personal facultativo como de enfermería, así como a los profesionales que dentro de cada centro del SESCOG actúan como personas de referencia para dar apoyo a los sanitarios y a los pacientes en el procedimiento de tramitación de la PAM

derechos fundamentales de la persona en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa (Disposición adicional quinta).

A resultas de este procedimiento se ha dictado la primera sentencia en materia de Eutanasia en nuestra Región desde que la LORE entró en vigor.

3. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha de 12 de septiembre de 2025.

La sentencia número 20205/2025 (recurso número 128) se ha pronunciado fallando en contra de las pretensiones de la paciente, quien instaba el acceso a la prestación de ayuda para morir (PAM) alegando hallarse en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante, lo que le causa sufrimientos físicos y psíquicos constantes e intolerables.

La controversia gira en torno a si su situación se enmarcaba en el denominado *contexto eutanásico* en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, delimitado con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona, con el consiguiente sufrimiento físico o mental en que se encuentra, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal.

3.1 El contexto eutanásico

La norma trata de determinar el cuándo, el por qué y en qué circunstancias se ha de prestar la ayuda a morir, con la clara intención de crear seguridad jurídica, de manera que no toda petición tiene cabida, salvaguardando de esta forma el derecho a la vida para que éste pueda ceder únicamente en casos que pudieran considerarse límites e incompatibles con él.

En su artículo 3 define dos situaciones:

b) «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

Obviamente no todas las situaciones pueden ser concretadas por lo que el legislador trata de ofrecer un margen de apreciación, es compatible con la seguridad jurídica ya que el sufrimiento personal extremo ha de derivar de causas médicas graves,

irreversibles y objetivamente contrastables³. El contexto se fija con arreglo a las condiciones que afectan a la situación física de la persona y que genera el sufrimiento físico o mental en que se encuentra:

«El «padecimiento» definido en el artículo 3 b) ha de presentarse siempre como una dolencia o enfermedad somática en su origen (...) Esta distinción entre la patología o dolencia física [«sin posibilidad de curación o mejoría apreciable» o «incurable», apartados b) y c), respectivamente, del art. 3], de un lado, y los sufrimientos físicos o psíquicos asociados a ella, del otro, excluye de raíz que la LORE, frente a lo que los recurrentes dicen, pretenda o permita incluir entre tales «padecimientos» la «enfermedad psicológica» o, incluso, la «depresión» (STC 19/2023).

Las condiciones del contexto eutanásico son sumatorias, esto es, deben darse simultáneamente. Los requisitos tienen un carácter acumulativo (STSJ Valencia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 25/04/2023, núm. 146/2023, STSJ Navarra, Sala de lo Contencioso-Administrativo de 16/12/2022, núm. 353/2022).

En el caso que nos ocupa, en el expediente obrante constaban dos cuestiones esenciales: por un lado, el informe del médico responsable - facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales - donde se enumeran las patologías (fibromialgia, escleroderminia, lumbalgia con trocanteritis, fractura de radio distal MSD y rotura del ligamento, describiendo el tratamiento), y por otro lado, que no todos los diagnósticos se pudieron corroborar debido a la negativa de la paciente a realizarse más pruebas médicas complementarias.

Ahora bien, la mera enumeración de las patologías no se estimó suficiente para entender justificada la denegación por lo que desde la CGEE se estimó necesario requerir mayor concreción e información respecto los criterios médicos por los que dichas patologías no eran suficientes para considerar que la paciente se hallaba dentro del contexto eutanásico.

3.2 La necesidad de motivar la denegación.

El artículo 7 (*Denegación de la prestación de ayuda para morir*) prescribe que *«las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico responsable»*.

Con esta exigencia se persigue que sea quien deniega — ya sea el médico responsable, el médico consultor, la dupla o la propia CGEE — el que exponga de manera específica, cuáles son las razones presentes que conducen a su decisión. Es una garantía indispensable en el procedimiento por cuanto que queda constancia de los hechos o elementos no susceptibles de ser enmarcados dentro del contexto

³ ANDREU MARTÍNEZ, M B “Autonomía en relación con la propia muerte. Las sentencias del TC 19/2023 y 94/2023” Derecho privado y Constitución, 45, julio-diciembre (2024) pp 13-67

eutanásico. Es, a su vez, la única vía que tiene la persona que solicita la prestación para poder ejercer su derecho a oponerse a la decisión, conociendo los argumentos y su fundamentación, a los que poder oponer otros diferentes.

En nuestra experiencia no ha sido infrecuente recibir expedientes en los que las causas de la denegación no son debidamente explicitadas, impidiendo a la dupla o, en su caso, a la CGEE, poder emitir parecer ante la insuficiencia de información, lo que lleva a requerir la misma. Incluso en alguna ocasión se ha admitido la reclamación del paciente por falta de motivación, retrotrayendo las actuaciones al momento en el que éstas debían de haberse proporcionado por escrito y de manera fehaciente al solicitante.

Si bien la LORE les faculta consultar la historia clínica del paciente a quienes forman parte de la dupla (artículo 10.2)⁴, en las actuaciones de la CGEE de Castilla-La Mancha se ha estimado más conveniente acudir al médico responsable por su intervención necesaria y directa en el proceso deliberativo en el cual no sólo se abordan aspectos clínicos y donde podría haberse recabado más información de la plasmada en la historia clínica, o al médico consultor, facultativo que, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas que dan acceso a la PAM, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas

En el caso concreto por parte de la CGEE se procedió a requerir la emisión de informes o aportación de más información para poder valorar si la enfermedad de la paciente se encontraba dentro del contexto eutanásico, más aún cuando algún diagnóstico, como el de Esclerosis sistémica con afectación limitada, fue declarado años antes.

Recibidos distintos informes, ninguna patología aglutinaba las diferentes circunstancias que, de manera acumulativa, afectarían a la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que la persona no pudiera valerse por sí misma, ni que afectase notoriamente a su capacidad de expresión o relación.

3.3 Negativa de la paciente a someterse a pruebas diagnósticas

El escrito de la reclamación formulada no puso de manifiesto ninguna incidencia o deficiencia del diagnóstico ni del procedimiento. Se señalaba la disconformidad con la decisión de no dar acceso a la PAM, pero no se aportaron elementos de oposición al parecer del médico responsable y demás informes obrantes - de los que la paciente

⁴ Si bien en la LORE no se recoge una expresa previsión de acceso a la historia clínica del paciente, en determinados preceptos se exige la remisión a la CGEE de información clínica relevante, lo que unido a las funciones encomendadas (resolver reclamaciones ante la denegación del médico responsable, resolver discrepancias entre el médico responsable y el consultor, resolver el desacuerdo entre los componentes de la dupla,...), lleva a pensar que la intervención del pleno de la CGEE y su carácter multidisciplinar, serían habilitación suficiente para el acceso a los datos de la historia clínica, con la lógica delimitación de aquéllos vinculados al procedimiento.

tenía conocimiento -, ni se aportaron informes complementarios para sustentar su petición.

Por otro lado, los informes médicos sí hacían referencia a la solicitud de pruebas complementarias imprescindibles para el diagnóstico actual y estadio evolutivo de la enfermedad. En el expediente se constataba la negativa de la paciente a someterse a más pruebas, impidiendo corroborar los diagnósticos.

La decisión de la Comisión se adoptó en función de la información obrante, considerando que la negativa a someterse a más pruebas o tratamientos, si bien es una decisión libre amparada por la legislación, conlleva consecuencias como fue no disponer de información más concluyente sobre el diagnóstico, su evolución y otras posibles alternativas para su tratamiento.

4- El fallo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha.

En su fundamento jurídico tercero, recoge la argumentación de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Baleares 36/2024 ORJ:11/2024, muy a propósito de lo hasta ahora dicho, pues hace hincapié en la necesaria prudencia que ha de guiar todo el procedimiento vinculado a la PAM.

«Con carácter previo a resolver la discrepancia mediante el análisis de los distintos informes, debe partirse de las siguientes premisas:

1º 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 calificados como “grave”, “incurable”, “insostenible” 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 plantear de nuevo la petición, las posibles dudas han de resolverse en sentido denegatorio a la prestación.

2º Para la prestación contemplada en esta Ley, el deseo de avanzar la muerte ha de venir acompañado de unos sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insostenibles 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 (...)

3º 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 los que se ha denominado “cansancio vital” muchas veces provocado (...), por la escasa calidad de vida provocada por la soledad y la falta de apoyo del entorno familiar,...”

La sentencia recoge parte de los argumentos trasladados a la reclamante por la CGEE y finaliza haciendo mención expresa a la negativa absoluta de la paciente a la realización de nuevas pruebas médicas para conocer la evolución de sus patologías, compartiendo implícitamente su relevancia en cuanto a la imposibilidad de subsumir su situación en el contexto eutanásico si bien, señala que lo que en este momento no se admite, pueda serlo en un futuro en función de la evolución de su situación. «*La denegación tiene enmienda atendiendo a la evolución posterior, la concesión no la tiene; es irrevocable, de ahí que la interpretación de los requisitos legales deba ser, necesariamente en su acepción más extrema, definitiva y sin expectativa de reversión favorable*».

ANÁLISIS JURÍDICO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LAS MUJERES INMIGRANTES IRREGULARES: LA DISCUTIDA GRATUIDAD EN EL SNS.

Vicente Lomas Hernández
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica.
SESCAM

Un reciente artículo del diario “*Público*” denuncia que el acceso gratuito al aborto para mujeres migrantes no está garantizado en toda España. La publicación identifica a ocho comunidades autónomas (seis del PP y dos del PSOE) que estarían imponiendo barreras administrativas ilegales, obstaculizando así el cumplimiento efectivo de la ley:

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

Sin embargo, la aparente gratuidad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para mujeres inmigrantes se diluye al analizar la normativa sanitaria en su conjunto. Si bien la Ley Orgánica 2/2010 concibe la IVE como una prestación universal, su aplicación parece colisionar con las normas generales que regulan el acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud. Son precisamente estos requisitos de acceso -y no la ley del aborto en sí- los que crean un obstáculo, convirtiendo un derecho teóricamente garantizado en uno condicionado y, a menudo, inaccesible para este colectivo.

Para dar respuesta a esta interrogante resulta preciso tomar como punto de partida el artículo 3.2 de la Ley Orgánica 2/2010, en relación con el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por parte de mujeres inmigrantes, y ponerlo en relación con la normativa sanitaria general.

PRIMERO.- LA LO 2/2010 Y LA LEGISLACIÓN SANITARIA GENERAL:

El mencionado artículo 3.2 establece:

“Los derechos previstos en esta ley orgánica serán de aplicación a todas las personas que se encuentren en España, con independencia de su nacionalidad, de si disfrutan o no de residencia legal o de si son mayores o menores de edad, sin perjuicio de las precisiones del artículo 13 bis, y siempre de acuerdo con los términos previstos en la legislación vigente en la materia sanitaria.”

Aunque la ley del aborto (LO 2/2010) establece la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como un derecho universal para toda mujer en España, la propia ley introduce una condición esencial: su ejercicio debe *realizarse “de acuerdo con la legislación vigente en la materia sanitaria”*.

Ámbito personal	<i>“Todas las personas que se encuentren en España”</i>	Abarca nacionales y extranjeras, con o sin residencia legal, turistas, solicitantes de asilo y menores.
Residencia legal/ilegal	<i>“Con independencia de si disfrutan o no de residencia legal”</i>	No se exige NIE ni permiso de residencia para ser titular de los derechos de la LO 2/2010.
Edad	<i>“Mayores o menores de edad”</i>	También se aplica a menores, con los matices del art. 13 bis (información y consentimiento).
Remisión sanitaria	<i>“Siempre de acuerdo con la legislación sanitaria vigente”</i>	El ejercicio del derecho se somete a la LCCSNS

Esta remisión a la normativa sanitaria general supone que para que la IVE sea financiada con fondos públicos, la mujer inmigrante debe cumplir los mismos requisitos de acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS) que se exigen para cualquier otra prestación sanitaria.

Por tanto, habría que efectuar una distinción entre las mujeres inmigrantes con residencia legal, cuyo acceso gratuito a la prestación está garantizado, y las mujeres extranjeras sin residencia legal, cuyo derecho a la financiación pública estaría condicionado -como veremos más adelante- al cumplimiento de una serie de requisitos.

Dentro de este último grupo, y siguiendo la clasificación que subyace en el propio art. 3 ter de la LCCSNS, habría que diferenciar dos supuestos diferentes:

1. Mujeres sin residencia legal, pero con más de 90 días en España:

Su acceso a la financiación pública no es automático. Depende de cumplir los requisitos del artículo 3 ter de la LCCSNS, así como el requisito del empadronamiento

durante al menos 3 meses en cualquier municipio del país, éste último conforme a las Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria, aprobadas por Resolución de 20 de Junio de 2019 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.

El principal obstáculo será por tanto la necesidad de acreditar un empadronamiento de al menos tres meses, un plazo a menudo incompatible con la urgencia que requiere una IVE.

2. Mujeres en estancia temporal (menos de 90 días en España):

Por norma general, este colectivo no tiene derecho a la cobertura pública y debe disponer de un seguro privado o asumir el coste de la prestación. La única vía para acceder a la financiación pública pasaría por obtener un informe previo favorable de los servicios sociales competentes.

Situación jurídica de la mujer inmigrante	Régimen jurídico aplicable	Condiciones administrativas	Acceso a IVE (financiación pública)	Observaciones
A. Residencia legal en España	- LO 2/2010 (art. 3 y 19.6) - Tarjeta sanitaria SNS	Dispone de tarjeta sanitaria del SNS como asegurada o beneficiaria.	Acceso en igualdad de condiciones que cualquier mujer española. Con cargo a fondos públicos.	Pleno acceso garantizado.
B. Residencia ilegal, pero residencia efectiva ≥ 3 meses	- Ley 16/2003, art. 3 ter- Resolución que aprueba las Recomendaciones del Ministerio de 20/06/2019	Debe acreditar: 1. No poder exportar derecho desde país de origen. 2. No tener cobertura obligatoria por otra vía. 3. No existir un tercero obligado al pago+Empadronamiento ≥ 3 meses.	Con cargo a fondos públicos. Documento acreditativo emitido por la CA (No Tarjeta del SNS).	Problema: el requisito del padrón (3 meses) es incompatible con la urgencia de la IVE (plazos de 14 y 22 semanas). Podría no ser gratuita si no se cumplen los requisitos
C. Estancia temporal (< 90 días)	Procedimiento	Solo acceso	En principio gratuito	Podría no ser gratuita

Situación jurídica de la mujer inmigrante	Régimen jurídico aplicable	Condiciones administrativas	Acceso a IVE (financiación pública)	Observaciones
90 días: turistas, visados, etc.)	de acceso lo deben regular las CCAA	excepcional si: <ul style="list-style-type: none"> Informe favorable de servicios sociales de la CA. Comprobar inexistencia de otra vía (seguro de viaje, TSE, 	con fondos públicos. Se exige facturación a terceros (seguros de viaje, convenios).	

SEGUNDO.- EL CARÁCTER URGENTE DE LA IVE: BARRERAS TEMPORALES.

Las anteriores previsiones hay que conjugarlas, a su vez, con los plazos legales previstos para los distintos supuestos de la IVE:

Supuesto	Límite de gestación	Requisitos principales	Art.
Libre decisión de la mujer	Hasta semana 14	Información y consentimiento.	14
Grave riesgo para vida o salud de la mujer	Hasta semana 22	Dictamen de un especialista distinto del que interviene (salvo urgencia vital).	15.a
Riesgo de graves anomalías fetales	Hasta semana 22	Dictamen de dos especialistas distintos de quien interviene.	15.b

No estarían sujetas a la premura de los plazos estos dos supuestos:

Anomalías fetales incompatibles con la vida Sin límite Comité clínico. 15.c

Enfermedad fetal extremadamente grave e incurable Sin límite Comité clínico. 15.c

Sin embargo, el artículo 19.6 de la Ley Orgánica 2/2010 establece que la IVE debe ser considerada siempre un procedimiento de urgencia debido a su especial sujeción a plazos. Pese a ello, el requisito de acreditar una residencia efectiva de tres meses para acceder a la financiación pública, conforme a las ya mencionadas Recomendaciones aprobadas por el Ministerio de Sanidad, compromete seriamente el acceso en plazo a esta prestación sanitaria.

Por tanto, la declaración de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como "procedimiento de urgencia" resulta difícilmente compatible con los plazos

administrativos que se exigen a las mujeres extranjeras irregulares para acceder a la sanidad pública.

Así, a modo de ejemplo, si la mujer inmigrante irregular con menos de tres meses en nuestro país descubre su embarazo en la semana 6 y decide interrumpirlo, tendría que esperar hasta cumplir tres meses de empadronamiento para poder solicitar la cobertura sanitaria pública, superando con creces el límite legal de 14 semanas para la IVE a petición propia.

A resultas de lo expuesto hasta ahora, podemos centrar el debate en torno a dos cuestiones interconectadas:

a) La contradicción en cuanto a los tiempos: por un lado, la urgencia médica de la IVE, que exige actuar con rapidez dentro de plazos legales señalados; y por otro, los trámites administrativos necesarios para obtener el derecho a la sanidad pública.

b) La supuesta gratuidad de la prestación. La cuestión que se plantea es si el hecho de que la ley defina la IVE como un procedimiento de "urgencia" obliga automáticamente a que las distintas Administraciones sanitarias deban cubrir su coste en todos los casos, o si, por el contrario, prevalecen las reglas generales de financiación y acceso a las prestaciones del SNS.

TERCERO.- LA VÍA ESPECÍFICA PARA EL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA POR PARTE DE LAS MUJERES INMIGRANTES EMBARAZADAS.

La normativa vigente contiene una única disposición que protege explícitamente a las mujeres extranjeras embarazadas: la Disposición Adicional octava del RD 1192/2012 de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (curiosamente, una disposición anterior al RD-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud).

Esta disposición reglamentaria garantiza el derecho a recibir asistencia sanitaria pública durante el embarazo, el parto y el postparto, en las mismas condiciones que cualquier persona asegurada.

La aplicación de esta previsión reglamentaria no ha estado exenta de controversia. En una sentencia reciente (STSJ de Madrid 187/2024), se obligó al SERMAS a cubrir los gastos del parto de una mujer en estancia temporal, anulando la factura que se le había emitido, a pesar de que por su visado debería haber contado con un seguro privado.

En este caso la actora, nacional de Guinea Ecuatorial, ingresó en España con un visado de corta duración- manifiesta que tenía intención de quedarse 20 días- y, tras complicaciones en su embarazo, recibió atención médica urgente en un hospital español.

A pesar de su intención inicial de regresar a su país, su situación se complicó, lo que la llevó a permanecer en España y recibir asistencia médica por su estado de vulnerabilidad social. Los problemas médicos de la recurrente se inician el mismo día

de su llegada a España, derivados de un embarazo de 25 + 5 semanas (aproximadamente seis meses).

La Junta Superior de Hacienda de la Comunidad de Madrid facturó los gastos de la atención sanitaria recibida, en particular los que responden a la asistencia médica que le fue prestada entre el día 20 (en que se realiza la cesárea) y el día 26, argumentando que la actora no tenía derecho a la asistencia pública al estar en situación de estancia.

La actora alegó que la normativa vigente le otorgaba derecho a la asistencia sanitaria pública en su condición de mujer embarazada, independientemente de su estatus migratorio. Alegó que nadie le exigió que suscribiera un seguro médico, y que debe serle aplicada la disposición octava del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario a efecto de la asistencia sanitaria en España, que prevé que la asistencia a mujeres embarazadas se realice a través del sistema nacional de salud, con la misma extensión reconocida a las personas que ostentan la condición de aseguradas.

La Sala estimó el recurso y concluye que, aunque el régimen general de acceso a la sanidad ha cambiado con el Real Decreto-Ley 7/2018, las excepciones para embarazadas y menores extranjeros previstas en la citada disposición adicional del RD 1192/2012 siguen vigentes, sin que pueda presumirse que el hecho de que dicha disposición adicional no haya sido objeto de derogación expresa por el RD-Ley 7/2018, sea un error legislativo.

En definitiva, la disposición adicional del Real Decreto 1192/2012, que sigue vigente, garantiza la asistencia sanitaria pública a menores extranjeros y a embarazadas, si bien surge la duda de si esta cobertura especial para embarazadas se extiende también a la IVE. Sin embargo, dicha disposición parece diseñada con la finalidad de proteger la salud de la madre y del feto durante la gestación hasta el nacimiento, y no tanto no para facilitar la interrupción de la misma.

Esta diferencia de trato podría dar pie a una situación un tanto curiosa:

- Si la mujer inmigrante irregular decide continuar con el embarazo, su acceso a la sanidad pública sí sería inmediato y gratuito.
- Si la mujer inmigrante irregular decide interrumpir el embarazo, ese derecho automático y gratuito desaparece. Para acceder a la prestación de forma gratuita, estando en estancia temporal, recordemos que debería cuanto menos obtener un informe favorable de los servicios sociales, con la demora que ello implica.

Veamos a continuación, respecto al acceso a la IVE por parte de las mujeres extranjeras embarazadas, los siguientes puntos de vista:

- 1º) Argumentos empleados a favor de la gratuidad de la prestación sanitaria de la IVE.
- 2º) Informe elaborado por el Ministerio de Igualdad. 2025.
- 3º) Resoluciones del Defensor del Pueblo.

4º) Proyecto de Real Decreto del Ministerio de Sanidad. 2025.

5º) Alegaciones formuladas por tres ONG al proyecto de RD del M. de Sanidad

CUARTO.-ARGUMENTOS EMPLEADOS A FAVOR DE LA GRATUIDAD DE LA PRESTACIÓN SANITARIA DE LA IVE.

Los argumentos empleados para defender el acceso gratuito a la IVE, giran fundamentalmente en torno a los siguientes razonamientos:

- La Ley Orgánica 1/2023 (que modifica la LO 2/2010) establece que los poderes públicos deben garantizar "el acceso público, universal y gratuito a los servicios y programas de salud sexual y salud reproductiva"
- La ley promueve explícitamente la atención con "pertinencia cultural" a las personas de otros orígenes, "cualquiera que fuere su situación administrativa de extranjería", siempre de acuerdo con la legislación sanitaria vigente.
- La IVE se configura como procedimiento de urgencia: La interrupción voluntaria del embarazo debe ser considerada "siempre un procedimiento sanitario de urgencia" debido a su especial sujeción a plazos.
- La normativa sanitaria española ya contempla una protección especial a las mujeres extranjeras embarazadas no registradas ni autorizadas como residentes, garantizándoles asistencia al embarazo, parto y posparto, con la misma extensión que las personas aseguradas. Esta previsión debe interpretarse en sentido amplio para dar cabida a la IVE.
- La LCCSNS prevé la emisión de un informe social para quienes se encuentren en situación de estancia temporal en España conforme al art. 3 ter del citado texto legal.

No obstante, hay que tener en cuenta respecto de este último argumento, que su aplicación supondría que el acceso a la IVE no es inmediato, sino condicionado a una valoración social previa, lo que entraría en contradicción con el espíritu de la Ley Orgánica 2/2010 que parece configurar la IVE como un derecho universal y de acceso directo.

QUINTO.- EL MINISTERIO DE IGUALDAD Y LA IVE EN MUJERES INMIGRANTES IRREGULARES (INSTITUTO DE LA MUJER, 2025)⁵

El Ministerio de Igualdad defiende el acceso gratuito a la IVE por parte de las mujeres inmigrantes en situación irregular, y reproduce a tal efecto buena parte de los argumentos expuestos en el anterior epígrafe, a saber:

a) Los poderes públicos deben garantizar el acceso público, universal y gratuito a los servicios y programas de salud sexual y salud reproductiva. La IVE forma parte de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

⁵

⁵<https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/InformeElAbortoEnEspana.pdf>

b) La Ley Orgánica 1/2023 establece que la interrupción voluntaria del embarazo será considerada siempre un procedimiento sanitario de urgencia, dada su especial sujeción a plazos.

Es preciso aclarar que el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, fue modificado en 2012. Desde entonces, ha dejado de contemplar explícitamente el derecho de los extranjeros a recibir asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente y su continuidad hasta el alta médica.

Actualmente, dicho precepto legal se limita a remitirse de forma genérica a la legislación sanitaria vigente, que tampoco prevé de manera expresa la cobertura pública y gratuita de la atención sanitaria de urgencia para la población extranjera.

SEXTO.- EL DEFENSOR DEL PUEBLO (DP) Y LA COBERTURA SANITARIA A INMIGRANTES EN SITUACIÓN DE ESTANCIA TEMPORAL.

El Defensor del Pueblo también ha abordado la difícil situación sanitaria de los inmigrantes que se encuentran en España por un corto periodo (menos de 90 días), prestando especial atención a casos vulnerables como el de las mujeres embarazadas.

Como ya queda dicho, y así lo asume el DP, por norma general los extranjeros en estancia temporal, como turistas o estudiantes, no tienen derecho a la sanidad pública gratuita, ya que es su responsabilidad contar con un seguro médico propio.

Sin embargo, el DP considera que sí se debería contemplar excepciones para atender con fondos públicos a estas personas si se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad. Para identificar estos casos, propone que las Comunidades Autónomas emitan un "Informe Social".

Para solucionar esta desprotección, ha formulado diversas Recomendaciones, de entre las cuales paso a citar dos:

- En 2019, propuso al Ministerio de Sanidad modificar la ley para crear excepciones que permitan atender a personas vulnerables, incluidos los extranjeros en estancia temporal⁶.
- En 2022, recomendó a la Comunidad de Madrid que creara un procedimiento claro y rápido para emitir dicho "Informe Social", priorizando a mujeres embarazadas, menores y solicitantes de protección internacional⁷.

⁶ <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/asistencia-sanitaria-publica-para-personas-en-situacion-de-vulnerabilidad-social/>

⁷ <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/atencion-sanitaria-a-personas-extranjeras-sin-residencia-legal-en-espana/>

SÉPTIMO.- TRAMITACIÓN POR EL MINISTERIO DE SANIDAD DEL REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULA EL RECONOCIMIENTO Y CONTROL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA ATENCIÓN SANITARIA CON CARGO A FONDOS PÚBLICOS EN LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 3 TER DE LA LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. SEPTIEMBRE 2025.

Analizamos a continuación dentro de este apartado, en primer lugar las alegaciones realizadas por organizaciones no gubernamentales y, en segundo lugar, el texto definitivo del proyecto de Real Decreto del Ministerio de Sanidad.

1º. Alegaciones de organizaciones. Septiembre 2025.⁸

Varias organizaciones sociales han presentado en el mes de septiembre de 2025, propuestas durante el proceso de consulta pública del futuro Real Decreto elaborado por el Ministerio de Sanidad para eliminar barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud.

En concreto, estas tres organizaciones son:

- a) Yo Sí Sanidad Universal.
- b) Amnistía Internacional.
- c) Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012.

Estas entidades no gubernamentales, ante la problemática existente, han propuesto al Ministerio de Sanidad incorporar la siguiente previsión:

“Las mujeres embarazadas tendrán derecho a la atención con cargo a fondos públicos durante el embarazo, parto y posparto, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo.”

De este modo, las tres organizaciones citadas vienen a poner de manifiesto que la regulación actual, pese a todo, seguirían siendo manifiestamente insuficiente para garantizar el acceso gratuito a la prestación por parte de este colectivo.

2º.- El proyecto de Real Decreto del Ministerio de Sanidad. Septiembre 2025⁹.

El Ministerio de Sanidad, en el borrador del Real Decreto que ha hecho público recientemente para regular la asistencia sanitaria universal, no incorpora una previsión similar a la recogida en el anterior apartado, y que caso de que sea finalmente incluida, sin duda alguna permitiría dar una respuesta clara y rotunda a la cuestión objeto de estudio.

No obstante, este proyecto del RD sí incorpora algunas medidas positivas que, de ser finalmente aprobadas, deberán ser tenidas en cuenta para dar respuesta a la cuestión planteada.

⁸ <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2025/07/Aportaciones-al-proceso-de-consulta-publica-sobre-el-Reglamento-para-eliminar-barreras-de-SNS.pdf>

⁹ https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/docs/2025.09.26_Texto_y_MAIN_IP_TA_PRD_ASNS.pdf

A tal efecto, siguiendo la sistemática del art. 3 ter de la LCCSNS distingue entre inmigrantes ilegales residentes, e inmigrantes en estancia temporal.

1º) Inmigrantes residentes ilegales (más de tres meses en España)

- El requisito de los tres meses:

Se mantiene el requisito del empadronamiento durante al menos tres meses ya previsto en las Recomendaciones del Ministerio de Sanidad; sin embargo, la nueva propuesta flexibiliza la acreditación de su cumplimiento ya que permite demostrar la residencia con otros documentos si no se tiene el padrón, como certificados escolares, documentos del consulado o facturas del hogar.

Pero la medida más importante de la propuesta es la creación de un mecanismo para garantizar la atención sanitaria sin demoras, de forma inmediata, de modo que en el momento de solicitar el acceso a la sanidad, se haría entrega de un documento provisional que acreditaría que la solicitud ha sido presentada.

Este documento provisional daría acceso inmediato a la sanidad pública mientras se tramita el expediente, lo que aplicado al caso de la IVE adquiere una importancia fundamental para que las mujeres embarazadas puedan acceder a una interrupción voluntaria del embarazo sin esperas innecesarias.

2º). Inmigrantes en estancia temporal.

Para que reciban atención sanitaria pública, necesitarían conforme al proyecto de Real Decreto, un informe favorable de los servicios sociales que acredite su situación de vulnerabilidad.

No obstante, se establece una salvaguarda para evitar el "turismo sanitario": el motivo del viaje a España no puede haber sido recibir tratamiento médico.

Por tanto, DOS CONSECUENCIAS cabría extraer de este proyecto de regulación para las inmigrantes que deseen interrumpir el embarazo:

1. El "documento provisional" permitiría que la mujer embarazada pueda iniciar los trámites sin tener que esperar semanas o meses, asegurando que se cumplen los plazos médicos y legales.
2. Para la inmigrante embarazada en estancia temporal, y situación de vulnerabilidad que necesite una IVE, podría acudir a los servicios sociales. Un "informe de vulnerabilidad" que le permitiría el acceso a la sanidad pública para esta atención urgente, como una excepción justificada.

CONCLUSIONES

1. Existe una contradicción entre la titularidad universal del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) reconocida por la Ley Orgánica 2/2010, y el acceso real a la misma y su financiación pública (LCCSNS).

Aunque la ley especial (LO 2/2010) otorga este derecho a toda mujer en España, supedita su ejercicio y financiación a la legislación sanitaria general (LCCSNS).

2. Las mujeres inmigrantes sin residencia legal se enfrentan a dos obstáculos distintos pero interconectados:

- Una barrera temporal: La necesidad de un acceso sin demora a la prestación, ya que la Ley Orgánica 2/2010 define la IVE como un procedimiento de urgencia con plazos estrictos.
- Una barrera económica: El cuestionado acceso gratuito, que como ha quedado expuesto solo estaría garantizado previa acreditación de una serie de requisitos previstos en la legislación general (LCCSNS).

3. Conforme a la legislación sanitaria general (LCCSNS, a la que se remite la LO 2/2010), hay que distinguir tres escenarios: i) las extranjeras residentes legales, que accederían sin trabas; ii) las mujeres irregulares con más de 90 días de estancia, que pueden acceder a las prestaciones sanitarias- incluida la IVE- siempre que cumplan con los requisitos del artículo 3 ter de la Ley 16/2003, y además, el requisito del empadronamiento en los términos previstos por el Ministerio de Sanidad; y iii) las mujeres que se encuentran en estancia temporal (menos de 90 días), que a priori no tienen garantizada la gratuidad en el acceso a las prestaciones sanitarias.

4. El RD 1192/2012 en su DA 8ª, sí garantiza la asistencia de embarazo, parto y postparto para las mujeres extranjeras irregulares; sin embargo, hay que advertir que la normativa vigente no contempla que la IVE esté explícitamente incluida en el concepto de "asistencia al embarazo" que eximiría de las condiciones de financiación del art. 3 ter de la LCCSNS.

5. La calificación de la IVE como "procedimiento sanitario de urgencia" por la Ley Orgánica 2/2010, no parece resolver el problema de la financiación pública.

Como se ha expuesto el acceso inmediato a la prestación por la vía de "urgencia", no presupone necesariamente que la misma haya de ser gratuita en todos los casos.

6. En el caso de las inmigrantes en estancia temporal, y siguiendo las Recomendaciones del DP, cabría facilitar el acceso gratuito a la IVE a través de la previa acreditación de los requisitos de vulnerabilidad de la mujer, e inexistencia de otras vías de cobertura de la asistencia, mediante un informe favorable emitido por los servicios sociales de la Comunidad Autónoma. En todo caso, la normativa actual resulta insuficiente.

7. El nuevo proyecto de Real Decreto propone dos medidas de las que también se podrían beneficiar las mujeres inmigrantes para la IVE:

- Un "documento provisional" para dar acceso inmediato a la sanidad a las inmigrantes que ya son residentes (ilegales) en España, en tanto se resuelve la solicitud.
- Un "informe de vulnerabilidad" de los servicios sociales para atender a quienes se encuentran en estancia temporal (menos de 90 días).

8. El Ministerio de Sanidad no ha incluido explícitamente en su proyecto de Real Decreto el carácter gratuito de la asistencia sanitaria a mujeres inmigrantes

embarazadas, incluida la "interrupción voluntaria del embarazo", demandado por diversas organizaciones.

3.- SENTENCIA PARA DEBATE

LEGITIMACIÓN DEL PROGENITOR PARA RECURRIR LA DECISIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA FAVORABLE A LA PETICIÓN DE EUTANASIA FORMULADA POR LA HIJA MAYOR DE EDAD: STSJ DE CATALUÑA Nº 3048/2025, DE 19 DE SEPTIEMBRE.

Por: Vicente Lomas
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica.
SESCAM

La reciente sentencia del TSJ de Cataluña aborda el caso de una joven que solicitó la prestación de ayuda para morir (eutanasia), frente a la oposición de su padre, quien consideraba que su hija no se encontraba en plenas facultades mentales para adoptar una decisión de tal trascendencia.

El progenitor impugnó ante la jurisdicción contencioso-administrativa la resolución de la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña de 18 de julio de 2024, que había autorizado la prestación.

El asunto fue conocido inicialmente por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 12 de Barcelona, que dictó la Sentencia 69/2025, de 14 de marzo, acordando inadmitir el recurso.

El motivo de la inadmisión fue la falta de legitimación activa del recurrente, al entender el juzgado que el padre no invocaba la vulneración de un derecho fundamental propio, dado que su hija era mayor de edad, se la consideraba capaz, y no se había aportado prueba alguna de incapacidad.

La joven padece trastornos psiquiátricos (trastorno límite de la personalidad con rasgos obsesivo-compulsivos, ideación suicida e ideas paranoides) y secuelas físicas graves derivadas de un politraumatismo, que la obligan a utilizar silla de ruedas. Sufre lesiones medulares con dolor neuropático L5S1 de difícil control farmacológico, así como limitaciones severas que afectan su autonomía física y las actividades básicas de la vida diaria, impidiéndole valerse por sí misma.

Recurrida la sentencia, el TSJ de Cataluña se pronuncia en apelación sobre la legitimación del padre, y revoca el criterio del juzgado de instancia.

El Tribunal reconoce la existencia de un interés legítimo del progenitor tanto en preservar la vida de su hija, como en garantizar el control jurisdiccional de la legalidad de la resolución administrativa que autorizó la eutanasia. El TSJ razona del siguiente modo:

“Como punto de partida, no cabe descartar de manera absoluta e indiscriminada la legitimación judicial de los padres como ejercitantes de un interés legítimo –

complejo, y que puede ser en representación o incluso propio— en que sus hijos permanezcan con vida.”

Y añade, en relación con la tutela judicial efectiva:

“Las peculiaridades del procedimiento legalmente establecido para la eutanasia y, sobre todo, la trascendencia del objeto en juego, son determinantes de algunas de las consecuencias que venimos a asumir. Excluidos los padres por el legislador de cualquier participación en el procedimiento administrativo previo, no puede compatibilizarse con el sentimiento más elemental de la justicia que el silencio normativo existente tampoco les permita acudir a la vía judicial frente a lo que consideren vulneraciones legales flagrantes, que avoquen al inexorable fin de la vida de sus hijos.”

A partir de los informes médicos y forenses aportados, concluye que la solicitante posee capacidad para decidir por sí misma, y que el consentimiento informado fue prestado libremente, sin que mediara influencia determinante derivada de su enfermedad mental.

En cuanto al contexto médico y eutanásico, la sentencia destaca que:

“El informe médico-forense, ratificado en la vista practicada en la primera instancia, califica los padecimientos de la solicitante como graves, crónicos, constantes e imposibilitantes, además de no existir posibilidad de mejora con los medios terapéuticos actuales. La lesión en la columna vertebral genera, de manera irreversible, dolor neuropático L5S1 y dolores de difícil control farmacológico a nivel de las extremidades inferiores.”

El TSJ concluye que carece de argumentos para desvirtuar los informes médicos:

“Tribunal carece de argumentos que le permitan sustentar la ausencia en la solicitante de los elementos de base requeridos por la ley de eutanasia, frente a unos informes médicos que sostienen al unísono el pleno cumplimiento de los requisitos, y que no han sido desvirtuados, ni por otros informes en sentido contrario, ni por un interrogatorio en juicio que pusiera de manifiesto su contradicción interna, falta de rigor, inercia en las conclusiones, u otras deficiencias.”

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

DOCUMENTOS DE INTERÉS.

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

I.- DERECHO DEL TRABAJO

- Extinción de la incapacidad temporal por inasistencia al control médico: citación enviada por la mutua vía SMS.

STSJ de Cantabria nº 517/2025 de 9 de julio, nº rec. 416/2025.

La Mutua de AT/EP utilizó un sistema de comunicación llamado "ivCert"¹, que está acreditado como un medio de comunicación oficial. Este sistema de citación por SMS es un medio ordinario y usual considerado altamente efectivo, ya que los estudios indican que un mensaje de texto se lee, por lo general, en los 90 segundos después de ser recibido.

Este método genera un certificado digital que prueba no solo el envío del mensaje al teléfono personal del demandante, sino también la recepción y el hecho de que el mensaje fue visto. Además, la propia actora había dado su consentimiento expreso:

- Al firmar la declaración del proceso de incapacidad temporal, la trabajadora autorizó a la Mutua para realizar "notificaciones electrónicas y citas a reconocimiento médico mediante envío de SMS certificado".
- Fue advertida de que las notificaciones por SMS surtirían los mismos efectos que cualquier otro tipo de citación fehaciente ordinaria.
- Se le informó explícitamente que la incomparecencia a estas citas podría resultar en la suspensión cautelar de la prestación económica y, posteriormente, en su extinción definitiva si la ausencia no era justificada.

Asimismo, el Real Decreto 625/2014 (artículo 9, punto tercero) regula las citaciones para reconocimiento médico y no excluye el SMS como instrumento de comunicación, en concreto establece que:

1. La citación debe comunicarse al trabajador con una antelación mínima de cuatro días hábiles.
2. Se debe informar al trabajador de que la incomparecencia llevará a la suspensión cautelar de la prestación económica. Si la falta de personación no se justifica en los diez días hábiles siguientes, se procederá a la extinción del derecho al subsidio.

Finalmente, la referencia de no abrir el mensaje o no darse por notificada constituye, a lo sumo, un error u omisión, pero es insuficiente como argumento exculpatorio.

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

- Discriminación por razón de la enfermedad.

STSJ La Rioja, nº 110/2025 de 30 de julio, nº rec. 114/2025.

La cuestión litigiosa gira en torno a si un cambio de puesto de trabajo impuesto a una empleada tras un largo período de baja médica resulta discriminatorio por razón de enfermedad.

A estos efectos resultaría aplicable la Ley 15/2022, de 12 de julio, que ahora incluye explícitamente la enfermedad o condición de salud como un factor de discriminación prohibido, de modo que cualquier decisión empresarial que tenga como causa este factor debe ser declarada nula de pleno derecho.

Conforme a dicha ley para determinar si hubo discriminación, rige el principio de inversión de la carga de la prueba, de modo que si la trabajadora aporta indicios de que la decisión se debió a su enfermedad, la empresa debe probar que la decisión tuvo una justificación objetiva, razonable y proporcionada.

En el presente caso la trabajadora, que era una Técnico de Gestión de Grado Superior en la Fundación Hospital Calahorra, estuvo de baja entre septiembre de 2020 y agosto de 2022. Durante ese tiempo, la Fundación le informó por burofax que su despacho se trasladaría a otro lugar por motivos de reorganización interna.

En octubre de 2022, la Fundación le comunicó por correo electrónico que, debido a la integración del Hospital en el Servicio Riojano de Salud se suprimían las antiguas unidades. Su puesto, salario y categoría no cambiaban, pero pasaba a depender del área de Logística y Contratación.

A finales de ese mismo mes (27 de octubre de 2022), sufrió un accidente laboral que provocó una nueva baja hasta octubre de 2023. Al reincorporarse, su antiguo despacho había sido asignado a la inspección médica, y ella fue reubicada en el área de Logística, donde empezó a realizar tareas de contratación.

Finalmente, en 2023 solicitó voluntariamente su integración en el SERIS como personal estatutario, y la estatutarización se hizo efectiva en marzo de 2024.

La Sala declara que no existe dato, circunstancia o hecho alguno que permita relacionar la decisión de cambiar funciones y ubicación con las bajas médicas de la trabajadora. La decisión obedeció exclusivamente a la reorganización administrativa y la integración en el SERIS, un proceso derivado de la Ley 1/2022, que implicó la supresión de unidades internas, y la amortización del puesto original de la demandante.

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

II.- FARMACIA Y MEDICAMENTOS

- Informe sobre el anteproyecto de ley de los medicamentos y productos sanitarios.

IPN/CNMC/006/25 de 3 de junio de 2025.

Las Recomendaciones de Competencia para el Marco Regulatorio Farmacéutico emitidas por la CNMC (Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia), se centran en cómo el Anteproyecto de Ley puede mejorarse para promover la competencia y asegurar una buena regulación en el sector farmacéutico.

Las principales conclusiones buscan flexibilizar los canales de venta para aumentar la competencia:

- Se recomienda replantear la prohibición actual para que las oficinas de farmacia puedan vender medicamentos no sujetos a prescripción médica a través de sitios web.
- Se sugiere permitir la venta online de medicamentos sujetos a prescripción, siempre y cuando se garantice que la dispensación sea realizada por un técnico competente.
- Se aconseja abrir la comercialización de productos sanitarios a todos los canales de venta (presenciales y online) que cumplan las condiciones necesarias para la protección de la salud.
- Se requiere justificar por qué se introduce una nueva prohibición para la venta a distancia de productos sujetos a financiación, aun cuando no requieran prescripción.

Respecto a la transparencia, precios y financiación se recomienda reforzar la publicidad de los acuerdos de financiación, siempre que esto no implique revelar información comercialmente sensible, y la evaluación terapéutica y económica continua y repetida de los medicamentos innovadores, utilizando nuevas tecnologías.

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

- **Guía de excelencia para la realización de ensayos clínicos en la Farmacia Hospitalaria Innovación, descentralización y medioambiente y sostenibilidad.**

Esta Guía tiene su origen en el Decálogo sobre Criterios de Excelencia para la realización de ensayos clínicos, publicado en mayo de 2020. El Decálogo fue el resultado del taller de trabajo celebrado en Madrid en julio de 2019 y que reunió a un total de 120 expertos, representantes de los promotores, investigadores clínicos y gestores de ensayos, en el que se debatió en profundidad sobre los requisitos, cada vez más exigentes, que implica la investigación clínica de vanguardia y los desafíos para mantener y mejorar la competitividad de España para acoger la realización de ensayos. Dicho Decálogo recoge la opinión de los diferentes participantes en el taller y contiene una serie de recomendaciones para potenciar el papel que puede jugar

España como país de referencia mundial para la realización de ensayos clínicos de nuevos medicamentos.

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

III.- REINTEGROS DE GASTOS SANITARIOS

- Reintegro de gastos sanitarios por asistencia psiquiátrica y tratamiento para deshabituación al cannabis.

STSJ de Madrid, nº 382/2025 de 19 Mayo, nº rec. 778/2024.

D. Octavio, es un joven que estuvo matriculado y pagó el Seguro Escolar durante los cursos 2019/2020 (en Castilla-La Mancha) y 2020/2021 (en Madrid).

En abril de 2021, D. Octavio fue atendido en el hospital por dependencia al cannabis, lo que le provocaba agresividad y problemas familiares. Dada la urgencia de su situación y la imposibilidad de recibir tratamiento de forma ambulatoria (sin internamiento), los médicos recomendaron su ingreso inmediato en una Comunidad Terapéutica.

El tratamiento de internamiento generó unos gastos de 15.680,00 euros.

D. Octavio solicitó al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) el reintegro de estos 15.680,00 euros, argumentando que estos gastos estaban cubiertos por el Seguro Escolar Obligatorio que había pagado con su matrícula.

El INSS se niega ya que si bien D. Octavio había pagado el curso anterior (2019/2020), lo hizo en Castilla-La Mancha, una Comunidad Autónoma que había asumido la gestión sanitaria del Seguro Escolar.

De otra parte, alega que la asistencia sanitaria que necesitan los estudiantes es similar a la de cualquier otro ciudadano y, por lo tanto, debería ser cubierta por el Sistema Nacional de Salud (SNS) general, no por el Seguro Escolar.

El Tribunal desestima el recurso del INSS y confirma que la Seguridad Social debe pagar los 15.680,00 euros, pues el hecho de que Castilla-La Mancha hubiera asumido la gestión sanitaria del Seguro Escolar no puede usarse para restringir los derechos de un estudiante, sin que se pueda distinguir entre las cotizaciones hechas en una Comunidad Autónoma, o en otra para negar el derecho al estudiante.

En cuanto a la asistencia prestada, se trataba de asistencia que D. Octavio necesitaba (internamiento urgente por una adicción grave) y que estaba cubierta por el Seguro Escolar. La recomendación de ingreso urgente emitida por la Unidad de Conductas Adictivas demuestra que se trataba de una prestación cubierta y necesaria.

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

- Denegación reembolso de gastos por tratamiento farmacológico en paciente oncológico.

SJ-Social nº 1bis de Ciudad Real, nº 00399/2025, de 16 septiembre.

Paciente diagnosticado con una patología oncológica grave, carcinoma de próstata resistente a la castración con metástasis. Se solicitó la administración del tratamiento con 177-Lutecio, que fue denegado tras una evaluación clínica. Ante esta negativa, el paciente y su familia tomaron la decisión de acudir a un centro sanitario privado, la Clínica Anderson de Madrid, para recibir el tratamiento, reclamando posteriormente a la Administración el reembolso de los costes asociados.

La pretensión de reintegro de gastos es desestimada, pues aunque no se discute que el paciente padecía una enfermedad grave, el tratamiento solicitado "no fue prescrito como una intervención inaplazable ni urgente desde el punto de vista clínico".

La negativa de la Administración estaba respaldada por la Comisión de Tumores del Hospital y el Comité de Evaluación de Medicamentos para pacientes en condiciones especiales de la GAI, invocando a tal efecto los siguientes argumentos:

- Carencia de financiación en el Sistema Nacional de Salud (SNS) para la indicación solicitada.
- La indicación no se ajustaba a los criterios de inclusión de los estudios que respaldan el uso del fármaco.
- Evidencia insuficiente de eficacia y seguridad para el caso clínico concreto del paciente.
- No se esperaba un beneficio clínico significativo que justificara su administración.

Al no existir una situación de urgencia vital inaplazable, ni una demora atribuible al sistema público, no se cumplen los requisitos exigidos por la normativa aplicable para generar una obligación de reintegro por parte de la Administración.

IV.- RECURSOS HUMANOS

1. Procesos selectivos.

- Ofrecimiento de plazas vacantes a aspirante incluidos en lista complementaria, antes que a los candidatos aprobados.

STS nº 1165/2025, de 22 de septiembre, rec. nº. 3145/2023.

El litigio se origina en un concurso oposición para plazas de Facultativo Especialista de Área, especialidad Pediatría, del Servicio Andaluz de Salud (SAS), convocado en 20184.

El recurrente D. Balbino, obtuvo una plaza, pero no la que había solicitado.

El problema surge cuando cinco aspirantes inicialmente aprobados fueron declarados decaídos en su derecho por renuncia (al no tomar posesión de su destino). La Dirección General de Personal del SAS decidió modificar las resoluciones iniciales.

En lugar de ofrecer estas cinco plazas vacantes a los aspirantes inicialmente aprobados que habían tomado posesión (como D. Balbino), y que tenían mayor puntuación, las plazas se ofrecieron directamente a aspirantes incluidos en una relación complementaria. Esto resultó en que aspirantes con menor puntuación final accedieron a plazas que D. Balbino había solicitado con carácter preferente.

El TSJ estimó el recurso de D. Balbino, anulando las resoluciones del SAS y ordenando reasignar las plazas vacantes entre todos los aspirantes aprobados, respetando su opción de destino y orden de puntuación.

La Administración de Andalucía recurrió esta decisión en casación para determinar si se vulneran los principios de mérito y capacidad en el acceso al empleo público cuando las plazas vacantes derivadas de renuncias se ofertan directamente a los aspirantes de la lista complementaria, en lugar de ofrecerlas primero a los restantes aprobados que obtuvieron mayor puntuación.

El TS señala:

1. La finalidad del párrafo segundo del artículo 61.8 del TRLEBEP, que permite crear una "relación complementaria", es únicamente asegurar la cobertura de las plazas convocadas, no alterar el orden de prelación basado en la puntuación.
2. Los aspirantes que aprobaron el proceso selectivo y tomaron posesión, pero que obtuvieron una plaza menos preferente, pueden legítimamente aspirar a las plazas que quedaron vacantes por la renuncia de otros aprobados; su mayor puntuación les otorga el derecho a mejorar su destino antes de que accedan los aspirantes con peor puntuación de la lista complementaria.
3. La lista complementaria solo debe entrar en juego para cubrir las plazas vacantes cuando ya se hayan ofrecido previamente a los aprobados iniciales.

Por todo lo anterior concluye que la aplicación de los principios del mérito y la capacidad:

Exige que los aspirantes de la denominada "relación complementaria" solo pueden acceder a las plazas vacantes por renuncia de algunos de los aprobados iniciales, cuando ya se hayan ofrecido, con carácter previo, a los aprobados iniciales, pues la finalidad de la lista complementaria es impedir que queden plazas vacantes, que es lo mismo que asegurarse que todas las plazas se cubran.

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

- Presentación a dos procesos selectivos para una misma categoría en dos CCAA: indebida exclusión por haber obtenido plaza en el otro proceso selectivo.

STS nº 1140/2025, de 17 de septiembre, rec. nº.8310/2023

El 21 de noviembre de 2017, el Servicio Murciano de Salud (SMS) convoca las oposiciones para la especialidad de Neurocirugía, a las que se presenta Don Camilo.

El 2 de junio de 2018, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) convoca también sus propias oposiciones para la misma especialidad. Viendo la lentitud del proceso murciano, Don Camilo también se presenta en Andalucía.

El 7 de octubre de 2020, el proceso andaluz, aunque comenzó siete meses más tarde, se resuelve mucho más rápido, y Don Camilo obtiene su nombramiento como personal estatutario fijo en el SAS.

El 23 de abril de 2021, con el proceso murciano aún sin concluir, un competidor, Don Rosendo, que había obtenido una puntuación inferior, solicita formalmente la exclusión de Don Camilo, argumentando que ya había adquirido la condición de personal fijo en Andalucía. El SMS accede y lo excluye.

El TS considera que este caso es diferente a los anteriores que habían conformado su doctrina, debido a que Don Camilo no ostentaba la condición de personal fijo cuando se presentó al proceso de Murcia. Por todo lo anterior se declara que la exclusión automática no es procedente, y que la forma correcta de actuar era haber concedido por parte del SMS un trámite para que el interesado pudiera renunciar voluntariamente a la condición adquirida en el SAS, conforme al artículo 22 del Estatuto Marco.

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

- Procesos selectivos: la categoría de Titulado Superior es "equivalente" a la de Titulado Medio.

STSJ Castilla y León nº 686/2025, de 3 junio, rec. 344/2023.

D.^a Piedad había obtenido en proceso selectivo para la categoría de Titulado Medio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL) una puntuación alta en la fase de concurso (65,39 puntos), de los cuales 25,39 correspondían a la experiencia profesional. Sin embargo, a raíz de recursos interpuestos por otros participantes, la Consejería de Sanidad redujo esta puntuación a 8,99 puntos en el apartado de experiencia.

La razón de esta reducción fue que los servicios valorados se habían prestado en la categoría de Titulado Superior de Prevención de Riesgos Laborales, la cual, según la Administración, no podía ser computada como experiencia válida conforme a las bases de la convocatoria.

D.^a Piedad solicitó la anulación de las resoluciones argumentando que la categoría de Titulado Superior es "equivalente" a la de Titulado Medio, basándose en la similitud funcional. Destacó que, de hecho, la Ley 2/2007 establece que las funciones de técnico medio y técnico superior son las mismas, y que en el SACyL no existen puestos para la categoría de técnico superior.

El TSJ desestimó el recurso recordando que las bases de la convocatoria constituyen la "ley del concurso" y vinculan a todos los participantes y a la Administración. El Anexo II de la Orden SAN/467/2021 especificó que para la equivalencia de categorías profesionales se remitía expresamente al Anexo del Real Decreto 184/2015/11. Dado que este Real Decreto no establece la categoría de Titulado Superior como equivalente a la de Titulado Medio, las resoluciones administrativas impugnadas se limitaron a aplicar el tenor literal de las bases.

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

- Proceso selectivo: turno de discapacidad.

STS nº959/2025 , de 14 de julio, nº rec. 7798/2023.

Se convocaron 6 plazas para Médico Especialista en Medicina Nuclear en Castilla y León. De estas, 5 eran para el turno libre y 1 estaba reservada para personas con discapacidad.

Para superar el primer examen (fase de oposición) y pasar a la siguiente fase (concurso de méritos), las bases de la convocatoria exigían cumplir dos requisitos:

1. Obtener una puntuación mínima (en este caso, el 60% de la media de las 10 notas más altas).
2. No podían pasar a la siguiente fase más de 15 aspirantes (el 250% de las 6 plazas convocadas).

Un aspirante del turno de discapacidad superó la nota de corte, pero su puntuación no estaba entre las 15 mejores de todos los opositores. La administración lo incluyó en la lista de aprobados de la fase de oposición, al ser el único de su turno que había superado la nota mínima. Sin embargo, una opositora del turno libre impugnó esta decisión, argumentando que, al no estar entre los 15 primeros, el aspirante con discapacidad no había cumplido todas las reglas y debía ser excluido.

El TSJ dio la razón a la opositora del turno libre por entender que la regla de no superar los 15 aprobados se aplicaba a todos los aspirantes en una única lista, y quien no entrara en ese grupo, independientemente de su turno, quedaba fuera.

El TS rechaza la interpretación del TSJ:

- La reserva de plazas para personas con discapacidad es una medida de acción positiva, que tiene como objetivo garantizar la igualdad real y efectiva en el acceso al empleo público, como mandan la Constitución Española (artículo 49) y

las leyes. Interpretar las bases de una manera que anule o dificulte esta reserva va en contra del espíritu de la norma.

- Debe existir un umbral mínimo de capacidad profesional (la nota de corte) que sea igual para todos.
- Una vez superado ese umbral mínimo, los aspirantes del turno de discapacidad compiten entre sí por las plazas reservadas para ellos, no compiten con los del turno libre.

Aplicando esta doctrina al caso concreto, el TS concluye que la regla que limita a 15 el número de aprobados no puede aplicarse a una lista única, porque desvirtuaría la reserva de cupo, y obligaría al aspirante con discapacidad a competir con los del turno libre, anulando de este modo la medida de acción positiva.

Por tanto, la respuesta a la cuestión de interés casacional es:

“la existencia de un turno reservado a personas con discapacidad para el acceso al empleo público por concurso-oposición, con una regla limitativa de acceso a la fase de concurso, una vez superada la oposición, comporta que los aspirantes que concurren por dicho turno deben ser seleccionados para la segunda fase de concurso siempre que hayan superado la puntuación mínima establecida en las bases de la convocatoria y que la regla limitativa debe aplicarse por separado a los aspirantes de cada uno de los turnos.”

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

2. Carrera profesional:

- El periodo de formación sanitaria especializada como Enfermera Interna Residente (EIR) no se considera servicio activo a efectos de reconocimiento del nivel de desarrollo profesional.

STSJ País Vasco nº 270/2025, de 4 de junio, rec.nº 282/2025

D.^a Erica, enfermera con una relación de empleo estatutaria temporal en Osakidetza, renunció a su puesto como enfermera generalista para iniciar, el 23 de mayo de 2023, el período de Formación Sanitaria Especializada como Enfermera Interna Residente (EIR).

Osakidetza convocó un proceso ordinario para el reconocimiento del nivel de desarrollo profesional en el que participó D.^a Erica. Sin embargo, la resolución definitiva de Osakidetza la excluyó de la convocatoria con el motivo: "NO INCLUIDO EN EL ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA CONVOCATORIA (Personal No Fijo)".

El Tribunal confirma la exclusión, debido a que D.^a Erica, al momento de la convocatoria, era Enfermera Interna Residente (EIR). La relación de un residente (EIR o MIR) es una relación laboral especial de residencia para la formación de

especialistas en Ciencias de la Salud, y no se le puede considerar en una situación de "servicio activo" como una enfermera generalista.

La normativa autonómica tampoco lo permite, al establecer al respecto:

“Igualmente, se computarán los servicios prestados en diferente puesto funcional al de su categoría en el momento de solicitar la evaluación siempre que para su desempeño fuera exigible titulación sanitaria de nivel de diplomado, a excepción de los años de formación para la obtención del título oficial de especialista en ciencias de la salud.”

La carrera profesional es un derecho para los profesionales que progresan y cumplen objetivos, pero este derecho no puede ejercerse por un residente (EIR/MIR) cuya formación aún no ha finalizado y cuyo contrato es de tipo laboral con características especiales, no estatutario, con unas retribuciones distintas.

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

- El tiempo dedicado a la formación como residente para obtener una especialidad debe contar como experiencia a la hora de progresar en la carrera profesional.

STS nº 851/2025 de 26 de junio, nº rec.4119/2023

En este otro caso la demandante, también enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (matrona), trabajaba para el Servicio Canario de la Salud, y solicita que se le reconozca el "Grado 3" de su carrera profesional

El Servicio de Salud le denegó la solicitud porque no le computó como experiencia profesional los dos años (2002-2004) que había pasado en formación como residente para obtener la especialidad de matrona, argumentando que ese periodo era formativo, no de trabajo efectivo.

Tanto el juzgado de primera instancia como el Tribunal Superior de Justicia de Canarias le dieron la razón, si bien la Administración interpuso recurso de casación.

El Tribunal Supremo rechaza el argumento de la Administración y da la razón a la matrona:

1. El TS ya ha establecido que una vez que el profesional sanitario adquiere la condición de personal estatutario, el tiempo de formación como residente se computa como "servicios previos" a efectos de calcular los trienios.

2. A su vez, toma en consideración que el Decreto 129/2006 del Gobierno de Canarias, en su artículo 7 incluye como "ejercicio profesional" para la carrera, el tiempo de trabajo efectivo en la categoría correspondiente, y los "servicios previos reconocidos en la misma categoría".

Por tanto, concluye que el tiempo de formación como residente sí debe computarse para la carrera profesional en el Servicio Canario de la Salud.

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

- El grado profesional alcanzado en el servicio de salud de una Comunidad Autónoma como personal laboral fijo no se homologa automáticamente.

STS nº 1163/2025, de 22 de septiembre, rec. nº 99/2024.

D.^a Ramona es personal estatutario fijo en el Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL) como especialista en Ginecología y Obstetricia, y había solicitado la homologación de su Nivel IV de carrera profesional. Este nivel había sido reconocido previamente por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) cuando prestaba servicios como personal laboral fijo en la categoría de "Titulada Superior" en el Hospital Fundación Alcorcón.

La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León denegó esta homologación, alegando que no cumplía los requisitos para el reconocimiento mutuo entre servicios de salud.

El Tribunal Supremo admite el recurso de casación para determinar:

Si el grado profesional alcanzado en el servicio de salud de una Comunidad Autónoma como personal laboral puede ser objeto de homologación automática en los casos en que se acceda a la condición de personal estatutario en un servicio de salud de una Comunidad Autónoma distinta a aquella en la que dicho grado se obtuvo.

El Alto Tribunal confirma el criterio del TSJ de Castilla y León:

1. La normativa estatal básica sobre carrera profesional (Ley 55/2003, Ley 44/2003 y Ley 16/2003) y el Acuerdo de homologación de 2007, limitan su aplicación al personal estatutario de carácter fijo de los servicios de salud. El régimen del personal laboral y el estatutario es diferente y está sujeto a normativas específicas.

2. La homologación automática (prevista en el Art. 40.3 de la Ley 55/2003 y desarrollada por el Acuerdo de 2007) se circunscribe a grados de carrera acreditados por profesionales en otro servicio de salud, y debe referirse a la misma especialidad, categoría profesional o grupo de titulación. La disparidad normativa entre los regímenes impide establecer una equivalencia automática.

3. D.^a Ramona obtuvo su Nivel IV en Madrid mediante un modelo de carrera profesional diferenciado, aplicable específicamente al personal laboral fijo de la Fundación Hospital Alcorcón, y no al modelo general del personal estatutario. Por lo tanto, no se acreditó que el Nivel IV de personal laboral fuera equivalente al Grado IV de personal estatutario.

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

- Reconocimiento del derecho a la carrera profesional del personal estatutario de la Organización Nacional de Trasplantes.

STS nº 1172/2025, de 23 de septiembre, rec. nº 1135.

El Alto Tribunal estima el recurso de casación interpuesto por CCOO, y declara que el Real Decreto 1825/2009 establece de forma "categórica" e "inequívoca" que al personal estatutario de la ONT le es directamente de aplicación el sistema de carrera profesional del INGESA.

La inactividad de la ONT durante más de quince años para adoptar posibles medidas organizativas no puede justificar la denegación de un derecho ya concreto y desarrollado, lo que constituiría una vulneración del derecho fundamental de igualdad (art. 14 CE):

“En suma, la mera inactividad del órgano responsable de adoptar las posibles medidas organizativas no puede justificar la denegación de un derecho reconocido en una disposición reglamentaria general, derecho que no es impreciso, sino que tiene un contenido concreto, ya que ha sido desarrollado y aplicado al resto del personal estatutario desde 2007.”

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

3. Otras materias:

- La situación en IT no impide la declaración de jubilación obligatoria del personal estatutario.

STSJ Castilla y León, nº109/2025, de 29 de enero, nº rec. 535/2024.

El recurrente, personal estatutario temporal como FEA en Medicina Familiar y Comunitaria, sufrió un accidente por contingencias profesionales; cumplió la edad legal de jubilación el 9 de julio de 2022, y su cese por jubilación se formalizó el 11 de julio de 2022. La notificación del cese se realizó con retraso, y el recurrente no solicitó prórroga para continuar en activo.

El Tribunal declara que el hecho de encontrarse en situación de IT no impide la jubilación obligatoria, ya que el derecho al subsidio por IT se extingue al reconocerse la pensión de jubilación (Art. 174.1 de la Ley General de la Seguridad Social), lo que garantiza que no existe desprotección

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

- El derecho a la reducción de jornada diaria por cuidado de hijo menor de 12 años puede condicionarse a las necesidades organizativas del servicio público.

STSJ Galicia nº 389/2025, de 4 junio, nº rec. 46/2025.

D. Jose Ignacio es un Enfermero que trabaja en la UCI del Complejo Hospitalario de Ourense. En octubre de 2023, solicitó una reducción de una hora diaria de su jornada laboral para cuidar de su hijo menor de 12 años, pidiendo una reducción mixta: una hora del turno de mañana ciertos días y una hora del turno de noche otros días.

El Sergas le reconoció el derecho a la reducción, pero no en la forma diaria y mixta solicitada en la UCI, ofreciéndole dos alternativas:

1. Acumular las horas de reducción en días completos libres (permitiendo así contratar un sustituto a jornada completa).
2. Trasladarse a otra unidad, como la Unidad de Calidad de Enfermería, donde sí podría disfrutar de la hora diaria de reducción solicitada.

El TSJ de Galicia estima el recurso de Sergas:

a) Recuerda que el derecho a la concreción horaria (elegir *cuándo* reducir la jornada) no es absoluto. Debe ponderarse con las necesidades del servicio público y la adecuada prestación del servicio.

“...no puede considerarse el derecho a la reducción de jornada con carácter absoluto, pues no puede obviarse que quien lo solicita se encuadra dentro de una organización pública, en este caso como funcionario del Servicio Público de Salud, y sus derechos han de conciliarse con la prestación del citado servicio, de forma que pueda condicionarse el disfrute del derecho de algún modo, como ocurrió en este caso al efectuar la propuesta de acumulación de horas en jornadas completas, por cuanto en la concreta Unidad en que presta servicio D. Jose Ignacio - Unidad de Cuidados Intensivos- se explica que resulta difícil la cobertura por horas con el personal especializado que se requiere”

b) La Administración justificó la necesidad de que los contratos de sustitución en la UCI se hicieran por jornadas completas, y explicó la dificultad de cubrir horas sueltas por la penosidad y la necesidad de personal especializado.

c) El Sergas le ofreció la posibilidad de disfrutar la reducción diaria (tal como la pedía) si aceptaba un puesto diferente a la UCI (el puesto administrativo de la Unidad de Calidad). Sin embargo, no justificó por qué rechazó esta alternativa que le permitía la reducción diaria, anteponiendo de este modo su interés individual (permanecer en la UCI) al interés público esencial (la seguridad y organización de un servicio crítico como la UCI):

“no puede confirmarse la decisión adoptada en la sentencia de primera instancia, por cuanto en la misma se supedita el interés público consistente en el buen funcionamiento de un servicio público esencial al interés individual del demandante, sin que por éste se haya dado una razón que pueda llevar a justificar su rechazo al

disfrute de la reducción de jornada en unidad distinta a la UCI donde actualmente presta servicios. Se trata de una labor de conciliación de las necesidades del funcionario con las necesidades que presenta el servicio público que el mismo presta, y, como se ha indicado, se han ofrecido por la Administración alternativas cuyo rechazo - al menos una de ellas- no puede considerarse justificado”.

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

V.- PROFESIONES SANITARIAS

- La formación especializada de médico especialista al amparo de lo dispuesto en el segundo párrafo del art. 5.6 del RD 127/1984, y la DA Tercera del RD 1497/1999, es análoga o equivalente a la del procedimiento de formación como residente MIR.

STS 431/2025, de 10 de abril de 2025.

El baremo del proceso selectivo de concurso-oposición para el ingreso en la categoría estatutaria de FEA en Neurocirugía en el Servicio de Salud de Cantabria, establecía una puntuación máxima de 31,5 puntos (apartado B.1) por haber cumplido el periodo de formación completo como residente MIR en un centro nacional o extranjero; y solo 13 puntos (apartado B.2) por obtener el título de especialista a través de "cualquier otra vía distinta al programa acreditado M.I.R".

D. Julián fue valorado inicialmente con los 31,5 puntos. Había obtenido su título de especialista tras completar cinco años de residencia en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Cantabria. Esta formación la realizó inicialmente como extranjero, y posteriormente su título fue expedido con plena validez profesional en España al amparo de la Disposición Adicional Tercera del RD 1497/1999, tras adquirir la nacionalidad española.

D.^a Apolonia impugnó esta puntuación y el TSJ le dio la razón, anulando la calificación por entender que el procedimiento seguido por D. Julián era el "excepcional" al que se refiere la Disposición Adicional Tercera del RD 1497/1999, y, por lo tanto, debía puntuarse en el apartado B.2, como una vía distinta al programa MIR tradicional.

El TS concluye que, en los procesos selectivos, la valoración de la formación especializada debe centrarse en la formación efectiva. En el caso concreto, la formación especializada obtenida por los ciudadanos extranjeros bajo el Art. 5.6 del RD 127/1984, y validada por la DA Tercera del RD 1497/1999, es análoga o equivalente a la del procedimiento MIR, y así debe reconocerse:

"1.º.- En los procesos selectivos de plazas de facultativo especialista, en la valoración de la formación especializada debe estarse a la que efectivamente sirvió para la obtención del título conforme a la normativa vigente en cada caso, sin que pueda otorgarse mayor puntuación basándose únicamente en el procedimiento seguido para la expedición del título".

2.º.- *La formación especializada de médico especialista mediante el programa de residencia seguido por los ciudadanos extranjeros al amparo de lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 5.6 del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, y de la disposición adicional tercera del Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre, es análoga o equivalente a la del procedimiento de formación como residente MIR, y así debe reconocerse en los procesos selectivos de plazas de facultativo especialista".*

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

- La vía extraordinaria de acceso al título de Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias debe limitarse a quienes acrediten ejercicio profesional en hospitales generales y centros móviles de asistencia sanitaria.

STS nº 1171/2025, de 23 de septiembre, rec. nº. 630/2024.

Es objeto de impugnación el Real Decreto 610/2024, de 2 de julio, por el que se establece el nuevo título de Médica/o Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) y actualizó la formación de Medicina Familiar y Comunitaria.

En concreto se recurre el apartado 1 de la Disposición Transitoria Primera que regula una vía de acceso extraordinaria al título de Especialista en MUE para médicos ya titulados. Sin embargo, la norma establecía una restricción, ya que solo se permite el acceso a quienes acreditaran ejercicio profesional en Hospitales Generales (centros C.1.1) o en Centros Móviles de Asistencia Sanitaria (centros C.2.5.7). El Real Decreto 610/2024 define que el ámbito de actuación de los especialistas en MUE se desarrollará en las urgencias de los Hospitales Generales y, en su caso, en el Transporte Sanitario (unidades U.105 y U.100, respectivamente).

El TS concluye que existe una adecuada correspondencia entre valorar el ejercicio profesional en estos centros (Hospitales y Centros Móviles) y las funciones asistenciales que están llamados a realizar los futuros especialistas en MUE. Por lo tanto, el Tribunal determina que se trata de "situaciones diferentes" (urgencias hospitalarias, frente a urgencias de Atención Primaria):

"Por ello no podemos considerar que resulte lesivo con el principio de igualdad del artículo 14 de la CE, que se valoren para acceder por esa vía extraordinaria los servicios profesionales prestados en aquellos centros donde posteriormente va a realizarse la función asistencial como médicos especialistas, y no a los que hayan prestado servicios en centros de atención primaria en los que no realizarán su labor asistencial los Especialistas en Medicina de Urgencias y Emergencias. En definitiva, se trata de situaciones diferentes que, por tanto, tienen una regulación reglamentaria distinta que ampara la Ley".

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

VI.- DERECHO PENAL

- Presuntas filtraciones de exámenes en varios procesos selectivos para facultativos médicos de Osakidetza.

AAP Álava, nº 581/2025 de 16-de septiembre , rec nº 142/2025

La Audiencia Provincial analiza la decisión previa de un Juzgado de Instrucción que había sobreseído las diligencias penales abiertas por presuntas filtraciones de exámenes en varios procesos selectivos para facultativos médicos de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (OPE 2016-2017).

La investigación se centró en determinar si 19 personas (entre redactores de pruebas, miembros de tribunales y opositores) cometieron delitos de infidelidad en la custodia de documentos o violación de secretos (Arts. 417 y 418 del Código Penal).

la Audiencia Provincial concluye que solo la prueba relativa a la especialidad de Cirugía Plástica reúne los indicios penales suficientes para continuar a la fase de juicio.

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

VII.- SANIDAD DIGITAL

- Jornada organizada por el Colegio de Abogados de Madrid, por la Sección de Robótica, IA y Realidad Virtual y Aumentada-Neuroderechos.

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

-Seguimiento de la Estrategia de Salud Digital. Junio 2025.

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

VIII.- PRESTACIONES SANITARIAS

- “El aborto en España: Barreras y retos para garantizar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo”. Ministerio de Igualdad. Federación Mujeres Jóvenes. 2025.

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

- Telemedicina y asistencia sanitaria transfronteriza.

STJUE, Sala Cuarta, de 11 de septiembre, C-115/24.

La Sentencia se pronuncia sobre la situación compleja en la que un tratamiento combina una consulta física en un estado miembro de la UE (Austria) y un seguimiento a distancia desde otro país (Alemania), y dar respuesta a la pregunta de qué reglas se aplican, si las del país donde se realiza físicamente el tratamiento, o las del proveedor sanitario que en remoto, y desde otro país de la UE- telemedicina- lleva a cabo el seguimiento del paciente.

Para ello, el TJUE proporciona un concepto de "telemedicina", definida como la asistencia sanitaria proporcionada a un paciente por un prestador establecido en otro Estado miembro, a distancia, y por lo tanto, sin la presencia física simultánea del paciente y el prestador en el mismo lugar.

Por el contrario, los servicios que se presten con la presencia física simultánea del prestador y el paciente, como una revisión médica o un tratamiento en la consulta con el uso de equipo electrónico, no pueden considerarse servicios de telemedicina a efectos de la Directiva 2011/24/UE.

Y en el caso de un tratamiento médico complejo, que combine atención presencial y a distancia, las asistencias sanitarias se consideran **autónomas**.

A partir de estas consideraciones, el TJUE interpreta que en el caso de la telemedicina, la asistencia sanitaria se entenderá prestada en el Estado miembro donde esté establecido el prestador (en el caso en cuestión, Alemania). Y todas las actividades sanitarias que se realizan de forma presencial (Austria) se rigen por las leyes y normativas del país donde se encuentra físicamente el paciente.

En el caso DrSmile, el escáner 3D inicial realizado por la dentista austriaca en su consulta de Austria está sujeto a la legislación profesional y sanitaria austriaca. El tribunal rechaza la idea de que estos servicios locales pudieran regirse por leyes alemanas, para poner de manifiesto el grave riesgo de aplicar normas extranjeras a actos médicos presenciales pues "menoscabaría la competencia del Estado miembro para organizar su asistencia sanitaria y expondría a los médicos y a los pacientes a una inseguridad jurídica".

Asimismo, el hecho de que una empresa extranjera (DZK en Alemania) contrate a un profesional local (la dentista UJ en Austria) para realizar tareas presenciales no significa tampoco que la empresa alemana se haya "desplazado" a Austria para prestar servicios. Resultaría "artificial" cualquier intento de argumentar que la empresa coordinadora (Alemania) está prestando físicamente el servicio en Austria a través de la dentista local. Esta distinción impide que la empresa alemana sea considerada un establecimiento sanitario local por el mero hecho de tener un socio contractual en el país (Austria).

Por tanto, en este contexto de asistencia sanitaria por telemedicina, no resultaría aplicable al proveedor de servicios la Directiva 2005/36/CE (Reconocimiento de

cualificaciones profesionales). La Directiva 2005/36/CE solo se aplica cuando el prestador se desplaza al territorio del Estado miembro de acogida para ejercer temporal u ocasionalmente. Dado que la telemedicina se presta a distancia, no implica desplazamiento físico del prestado.

[Más información: europa.eu](http://europa.eu)

- **Asistencia sanitaria transfronteriza: el requisito de evaluación previa por un médico de la sanidad pública constituye un obstáculo injustificado.**

STJUE, Sala Cuarta, de 4 de septiembre, C-489/23

El Sr. AF, residente y afiliado al seguro de enfermedad nacional de Rumanía, solicitó el reembolso de los gastos incurridos por una prostatectomía radical asistida por robot practicada en una clínica especializada en Alemania.

AF había sido informado de que, si bien el robot quirúrgico existía en un hospital público rumano, aún no estaba operativo, por lo que decidió operarse en Alemania por un coste de 13.069 euros.

La Caja del Seguro de Enfermedad rumana denegó el reembolso:

1. AF no había solicitado ni obtenido el formulario de autorización previa (Formulario E 112) antes de recibir el tratamiento en el extranjero.
2. La normativa rumana supeditaba el reembolso de servicios hospitalarios a una evaluación médica previa realizada *exclusivamente* por un médico adscrito al sistema público de seguro de enfermedad rumano, que debía expedir un parte de ingreso hospitalario.
3. La normativa nacional limitaba el monto del reembolso a una cantidad muy inferior a la pagada (entre 280 y 925 euros, frente a los 13.069 euros gastados).

El Tribunal Supremo rumano elevó una petición de decisión prejudicial para determinar si estos requisitos nacionales eran compatibles con el Derecho de la Unión, específicamente con la Directiva 2011/24/UE (Asistencia Sanitaria Transfronteriza) y el Reglamento (CE) n.º 883/2004 (Coordinación de la Seguridad Social), ambos en relación con la libre prestación de servicios (Artículo 56 TFUE).

El TJUE considera que la obligación de someterse a una evaluación médica exclusivamente por un profesional adscrito al sistema público, y de obtener de él un parte de ingreso hospitalario, constituye un obstáculo injustificado a la libre prestación de servicios transfronterizos.

Aunque el Estado de afiliación puede imponer las mismas condiciones que para la asistencia nacional (artículo 7, apartado 7, de la Directiva 2011/24/UE), exigir que un paciente que va a ser hospitalizado en otro Estado miembro se someta a una

evaluación y obtenga un parte de ingreso por parte de un médico público de su país tiene un efecto disuasorio sobre el uso de servicios sanitarios transfronterizos.

Se podrían haber adoptado medidas menos restrictivas, como aceptar certificados o informes médicos equivalentes emitidos por centros privados, junto con un control de la pertinencia del diagnóstico y del tratamiento propuesto.

Por todo lo anterior, una normativa nacional que supedita el reembolso a una evaluación médica y la expedición de un parte de ingreso hospitalario exclusivamente por un médico del sistema público se opone al artículo 7, apartado 7, de la Directiva 2011/24, en relación con el artículo 56 TFUE.

El TJUE aborda asimismo las consecuencias de que un paciente reciba asistencia transfronteriza sin la autorización previa requerida por el Reglamento n.º 883/2004 (Artículo 20):

- Si la denegación de la autorización previa fue fundada o si el paciente viajó sin haberla solicitado, el Estado miembro de afiliación puede limitar el reembolso al importe que habría cubierto si la asistencia se hubiera prestado en su territorio.
- Si el asegurado se vio imposibilitado de solicitar la autorización previa o de esperar la decisión de la institución competente debido a razones relacionadas con su estado de salud o la necesidad de un tratamiento urgente, tendrá derecho a que se le reembolse un importe equivalente al que normalmente se habría asumido si hubiera dispuesto de la autorización.

A nivel nacional, el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, tiene por objeto incorporar al ordenamiento jurídico español la Directiva 2011/24/UE, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza debe ser interpretado y aplicado de conformidad con dicha Directiva y con la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE), como la Sentencia que ahora nos ocupa.

[Más información: europa.eu](http://europa.eu)

IX.- RESPONSABILIDAD SANITARIA

- Fallecimiento tras cirugía laparoscópica antirreflujo para tratar una hernia de hiato.

STSJ Aragón nº 301/2025 de 1 de septiembre, rec. 215/2022.

Los recurrentes basaron su reclamación en el fallecimiento de D. Justo (padre y esposo de los demandantes), paciente de 64 años, sometido a una cirugía laparoscópica antirreflujo para tratar una hernia de hiato de tipo IV. Los demandantes sostuvieron que el fatal desenlace se debió a una mala praxis originada por un

diagnóstico "ineficiente o incompleto". Alegaban que no se realizaron todas las pruebas preoperatorias necesarias para definir la técnica quirúrgica adecuada.

Como consecuencia de este diagnóstico, el postoperatorio se inició con una perforación del esófago inferior, lo que condujo a mediastinitis, infección, distress respiratorio, derrames pleurales y colecciones torácicas y abdominales. Este proceso patológico obligó al paciente a ser intervenido en ocho ocasiones consecutivas entre enero y marzo de 2022, finalizando con su fallecimiento dos meses y medio después debido a un fallo multiorgánico a causa de problemas infecciosos previos.

Los recurrentes reclamaron 60.000 euros en concepto de daño moral, derivado de la incertidumbre y el desasosiego de presenciar la "degradación paulatina" de la salud del paciente durante tres meses.

El TSJ desestima el recurso ya que se comprobó que sí hubo consentimiento informado "debidamente realizado" en el que se incluía esta complicación entre los riesgos eventuales derivados de una intervención de esta naturaleza, y que el paciente lo firmó. Por lo tanto, el Tribunal descartó la existencia de daño moral derivado de una supuesta ausencia de consentimiento.

El Tribunal señala que la parte recurrente no logró probar que una técnica quirúrgica distinta (abierta, en lugar de laparoscópica) hubiera impedido la complicación postoperatoria, y el perito de la codemandada argumentó que las pruebas diagnósticas que se reclamaban solo están indicadas para ciertos tipos de hernias (con deslizamiento y reflujo), pero no para la hernia paraesofágica que padecía D. Justo. En este caso específico, el TAC era la única prueba preoperatoria necesaria y esta sí se practicó.

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

- Pérdida del riñón al practicar ureterorrenoscopia: no se indemniza. Riesgo previsto en el consentimiento informado.

STSJ Aragón nº 291/2025 de 1 de septiembre, rec. 140/2022.

D. Remigio, un paciente de 32 años con buen estado de salud, ingresó para tratar un cólico nefrítico causado por una piedra.

La intervención quirúrgica planificada fue una ureterorrenoscopia (procedimiento con cámara láser para disolver la piedra). El demandante alegó que, durante la extracción del instrumental, el uréter fue arrancado completamente, lo que derivó en la necesidad de practicar una extirpación del riñón para detener la hemorragia.

El recurrente consideró que este resultado era "clamorosamente negligente" y desproporcionado en relación con el problema de salud inicial, y lo atribuyó al uso de "fuerza desmedida" por parte del personal sanitario.

En el presente caso, consta que el paciente fue informado sobre el riesgo en cuestión, y los informes obrantes en autos —principalmente el de la inspección médica y el del Servicio de Urología del Hospital Royo Villanova donde fue intervenido— no revelan indicio alguno de una ejecución defectuosa de la prueba.

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

- Demora en el tratamiento por causa imputable al paciente.

STSJ Madrid nº 382/2025 de 21 de abril, rec. 280/2023.

El recurrente, con antecedentes familiares de cáncer, fue incluido en el programa PREVECOLON en mayo de 2019, pero entregó la muestra para la prueba de sangre oculta en heces con un retraso de más de nueve meses, obteniéndose un resultado positivo en febrero de 2020.

La Administración intentó contactar telefónicamente al paciente sin éxito, y la pandemia de COVID-19 provocó la suspensión temporal de cribados y colonoscopias. El paciente fue finalmente diagnosticado con cáncer de colon en estadio IV con metástasis hepáticas en agosto de 2020, siendo intervenido quirúrgicamente y tratado con quimioterapia.

El Tribunal desestima el recurso, concluyendo que no existió vulneración de la *lex artis ad hoc*, pues el retraso inicial fue culpa del paciente, y el retraso posterior (marzo-julio 2020) no era imputable a la Administración debido a la imposibilidad de contacto telefónico y a las limitaciones impuestas por el COVID-19, considerado un factor de fuerza mayor.

De otra parte, no se podía aseverar que el retraso específico fuera determinante en el desarrollo y posible metastatización del cáncer. De hecho, era probable que el cáncer ya estuviera diseminado (micrometástasis hepáticas) en el momento en que se detectó el resultado positivo del cribado en febrero de 2020, lo que impide que se pueda apreciar la aplicación de la doctrina de la “pérdida de oportunidad”.

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

- Prótesis mamarias: la falta de mala praxis y la adecuada información al paciente sobre los riesgos y la duración limitada de las prótesis excluyen la responsabilidad por defectos o roturas.

SAP Navarra, sec. 3ª, nº 1088/2025, de 29 de julio, rec. 1592/2023.

Dña. Nicolasa se sometió a una cirugía de aumento de pecho en enero de 2015 en la Clínica Londres. Seis años después, en marzo de 2021, la paciente detectó problemas y las pruebas médicas confirmaron la rotura intracapsular de ambas prótesis mamarias. La paciente tuvo que someterse a una nueva intervención quirúrgica para retirarlas y reemplazarlas.

La demandante solicitó a la clínica una indemnización de más de 18.000 €, no por una mala praxis médica durante la operación, sino por el incumplimiento contractual derivado de un presunto déficit de información. La paciente alegaba que, antes de la cirugía, el médico y la gerente le habían asegurado que los implantes tenían "garantía de por vida" y que no le causarían problemas.

La Audiencia Provincial desestima la reclamación, al no constar ninguna infracción del deber de información ni mala praxis médica, y recuerda la doctrina del TS para casos análogos: la responsabilidad por los daños causados por productos defectuosos es exigible al fabricante, no a quien prestó el servicio quirúrgico. La rotura de la prótesis es un riesgo inherente al producto, conocido y aceptado por la paciente en el momento de contratar el servicio.

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

X.- PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

- Médico contagiada por Covid: derecho a ser indemnizada por falta de medidas de seguridad laboral.

STSJ Comunidad Valenciana, nº1774/2025 de 12 de junio, rec.1208/2024.

D^a. Coro, médica de familia en el Centro de Salud de Sagunto el 16 de marzo de 2020, dio positivo en PCR por SARS-CoV-2. Causó baja por incapacidad temporal (IT) el 17 de marzo, hospitalizada el 20 de marzo, y dada de el alta el 15 de abril de 2021, tras un año de baja. Se le reconoció una discapacidad del 44% y dependencia moderada.

Alega que no se implantó triaje de pacientes hasta después del 14 de marzo de 2020, hubo escasez de equipos de protección individual (EPIs) adecuados, como mascarillas FFP2, recomendadas por normativas del Ministerio de Sanidad y la Consellería, no se realizó evaluación de riesgos específica hasta agosto de 2020, ni vigilancia de salud ni registro de entrega de EPIs, y solo se impartió una charla informativa el 13 de marzo de 2020.

La Inspección de Trabajo propuso un recargo del 30% en prestaciones por falta de medidas de seguridad, confirmado por el INSS en mayo de 2023 (resolución firme tras desestimación de reclamación de la Consellería).

La demandante solicita indemnización por 35.939,58 euros.

La Sala desestima el recurso de la Administración, apoyándose a tal efecto en la resolución firme del INSS (no impugnada judicialmente por la Consellería), que implica un reconocimiento implícito de la falta de medidas de seguridad, lo que confirma el nexo causal entre el incumplimiento (falta de EPIs y evaluación de riesgos) y el daño sufrido por la demandante.

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

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

- Adaptación de puesto de trabajo: el empleado no tiene derecho a elegir el puesto de su agrado.

STSJ de Castilla-La Mancha nº 01264/2025, de 30 de septiembre.

El Tribunal confirma la legalidad de la actuación administrativa y no considera que se haya incumplido las obligaciones que establece el artículo 25.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Para ello fundamenta su decisión en que el deber de la empresa consiste en garantizar la protección de la salud de la trabajadora, adaptando su puesto o reubicándola en uno compatible con sus limitaciones conocidas. Sin embargo, la ley (art. 25.1 de la LPRL) no confiere a la trabajadora un derecho incondicional a elegir un puesto de su agrado, ni obliga a la empresa a facilitarle una relación de vacantes disponibles:

“No apreciamos en relación con las cuestiones que se plantean en el recurso la existencia de un incumplimiento por parte de la Administración demandada de las obligaciones resultantes del art 25.1 LPRL. En primer lugar, no se desprende de él la obligación de hacer entrega a la demandante de una relación de puestos de trabajo disponibles, ni tampoco que exista un derecho incondicionado de la actora a elegir un puesto de su agrado. Lo que resulta de ese precepto es el deber empresarial de garantizar la protección de la actora en atención a sus limitaciones conocidas y no emplearla en un puesto contrario a ellas, lo que puede precisar de realizar las necesarias adaptaciones de puesto (que en este caso no parecen posibles a la vista del contenido del informe de 7 de febrero de 2023) e incluso de un cambio de puesto, de ser ello posible y necesario.

Sin embargo, no apreciamos en este punto un incumplimiento empresarial, ya que se ofreció a la actora un puesto de trabajo distinto, que esta rechazó por un supuesto impedimento que no se ha acreditado. Esta circunstancia impide entender que la demandada no haya cumplido con las exigencias derivadas del precepto indicado, que a nuestro entender no ampara un ilimitado derecho de la actora a la elección de un puesto de su agrado, máxime considerando que de los hechos probado no se desprende con seguridad que exista otro puesto adecuado para ello en el que reubicarla”.

XI.- PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

- Consulta previa: adecuación y proporcionalidad de sistemas biométricos para la autenticación.

La AEPD recuerda las Directrices 5/2022 del Comité Europeo de Protección de Datos (CEPD) en la medida que se considera los datos biométricos como categoría especial de datos recogida en el artículo 9 del RGPD, tanto para la autenticación como para la identificación. Ahora bien, la AEPD subraya que el impacto de uno u otro tratamiento no es el mismo. La identificación implica una operación uno-a-varios (1:N), y desde el punto de vista de protección de datos implica una búsqueda activa dentro de un

conjunto de identidades preexistentes, lo cual comporta mayores riesgos para los derechos fundamentales, especialmente en contextos de vigilancia masiva, control social o de seguridad.

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

- Dictamen del Comité Europeo de las Regiones Ciberseguridad de los hospitales y los prestadores de asistencia sanitaria.

La Unión Europea ha desarrollado un marco legislativo para hacer frente a este tipo de amenazas, aunque su aplicación efectiva en todos los Estados miembros presenta importantes desafíos. Las dos directivas más relevantes para proteger el sector sanitario son:

1.Directiva SRI 2: En vigor desde octubre de 2024, esta norma exige a hospitales, proveedores sanitarios, fabricantes de productos médicos y empresas farmacéuticas que adopten medidas estrictas de ciberseguridad para proteger sus redes y sistemas de información.

2.Directiva REC (Resiliencia de las Entidades Críticas): Esta directiva reconoce la sanidad como un servicio vital y obliga a los países de la UE a identificar y proteger sus infraestructuras críticas, incluyendo las sanitarias, antes del 17 de julio de 2026.

A pesar de la existencia de estas normas, su puesta en marcha enfrenta serias dificultades, son pocos los Estados miembros que han incorporado estas directivas a sus leyes nacionales dentro del plazo establecido, lo que retrasa su aplicación práctica.

Además, existe una superposición de normativas que resulta difícil de gestionar y cumplir, creando el riesgo de "arbitraje regulador", un escenario en el que las organizaciones podrían explotar lagunas para eludir sus responsabilidades de seguridad, a lo que habría que sumar importantes obstáculos prácticos que los hospitales enfrentan en su día a día.

[Más información: europa.eu](https://europa.eu)

- Resulta procedente exigir el certificado del Esquema Nacional de Seguridad (ENS) nivel medio para la contratación del mantenimiento de equipamiento sanitario.

Resolución 597/2025 del TACRC, de 24 de abril.

La Resolución 597/2025 del Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales (TACRC) estima parcialmente un recurso presentado por la empresa Polygon SpA contra los pliegos de un Acuerdo Marco para el mantenimiento de equipamiento sanitario licitado por el Instituto de Gestión Sanitaria (IGESAN). El Tribunal anula la cláusula que valoraba como mejora la posesión de un certificado del Esquema Nacional de Seguridad (ENS) de nivel alto, al considerar que vulnera el principio de

secreto de las proposiciones, aunque ha validado la exigencia de un nivel medio como requisito de aptitud.

El contrato, con un valor de 8.000.000 €, tenía por objeto el mantenimiento integral de equipos electro-médicos en centros sanitarios del Ministerio de Defensa, lo que implicaba acceso a sistemas de información y datos sensibles.

La empresa recurrente impugnó los pliegos por dos motivos principales: primero, consideraba desproporcionado exigir un certificado del ENS de nivel medio; y segundo, alegaba que se violaba el secreto de las ofertas, ya que se pedía acreditar este certificado en el sobre de documentación administrativa y, a la vez, se puntuaba como mejora en el sobre de la oferta técnica la tenencia de un certificado de nivel superior (alto).

En sus fundamentos, el Tribunal administrativo establece que la exigencia de un certificado ENS de nivel medio como requisito de solvencia es proporcionada y está justificada, dado que el contratista accederá a información y sistemas en centros públicos, en línea con lo que disponen el Real Decreto del ENS y la Ley de Protección de Datos.

Sin embargo, el TACRC da la razón al recurrente en el segundo punto. Al configurar la certificación ENS simultáneamente como un requisito administrativo previo y como un criterio de adjudicación puntuable, se obliga a los licitadores que poseen el nivel alto a revelar prematuramente una parte de su oferta técnica. Esto quiebra el principio de conocimiento sucesivo y el secreto de las proposiciones, garantizado en el artículo 139.2 de la Ley de Contratos del Sector Público.

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

XII.- CONTRATACIÓN PÚBLICA

- Exclusión del licitador: falta de un plan de igualdad vigente conforme al artículo 71.1.d) de la LCSP.

Resolución nº 460/2025 del Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales, de 27 de Marzo de 2025

El artículo 71.1.d) de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP), establece que las empresas con 50 o más trabajadores deben contar con un plan de igualdad inscrito en el registro laboral correspondiente. En el caso concreto, el Hospital San Juan de Dios de Tenerife fue excluido del procedimiento de contratación por no cumplir con este requisito, ya que su plan de igualdad no estaba vigente ni inscrito al momento de la presentación de ofertas.

El artículo 9.1 del Real Decreto 901/2020, establece que la duración de los planes de igualdad no puede exceder de cuatro años. El hospital argumentó que su plan, aunque

inicialmente de dos años, se prorrogaba automáticamente hasta la aprobación de uno nuevo, dentro del límite de cuatro años.

El tribunal considera que no existe un régimen de ultraactividad similar al de los convenios colectivos. El plan inscrito en el registro tenía una vigencia hasta el 16 de agosto de 2024, de modo que no estaba vigente:

“...la ultraactividad es una institución jurídica propia y exclusiva de los convenios colectivos estatutarios, esto es, los suscritos con arreglo a todos los requisitos (de legitimación de las partes, contenido mínimo, etc.) del Título III del Estatuto de los Trabajadores. A este respecto, y a diferencia de lo que sucede con los convenios colectivos, en el Estatuto de los Trabajadores no hay previsto ningún régimen de ultraactividad para los planes de igualdad, y los términos imperativos en los que está redactado el artículo 9.1 del RD 901/2020, tampoco permite interpretar lo contrario, su vigencia puede alcanzar como máximo cuatro años y si se pactan por una duración inferior pueden ser objeto de prórroga hasta alcanzar ese máximo. La forma de hacerlo es vía modificación del Plan, lo que implicaría la modificación de la inscripción registral. Pero una vez alcanzada la duración máxima (la pactada si no es objeto de prórroga o la máxima reglamentaria de cuatro años) no cabe hablar de la vigencia del Plan en régimen de “ultraactividad”.

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

- Documento Europeo Único de Contratación (DEUC).

Resolución nº 338/2025 del Tribunal Administrativo de Contratación Pública de la Comunidad De Madrid, de 13 de Agosto de 2025

Resolución del Tribunal Administrativo de Contratación Pública de la Comunidad de Madrid (TACPCM), de 13 de agosto de 2025 (Resolución nº 338/2025), relativa a la adjudicación de un contrato para el Sistema de gestión de la imagen médica digital de la Comunidad de Madrid.

La Consejería de Digitalización adjudicó el contrato a AGFA HEALTHCARE SPAIN, S.L.U. (AGFA) el 23 de junio de 2025²³. FUJIFILM HEALTHCARE ESPAÑA, S.L. (FUJIFILM), clasificada en segundo lugar, interpuso un recurso especial en materia de contratación solicitando la anulación de la adjudicación.

FUJIFILM alegó que AGFA no había declarado correctamente su intención de recurrir a la solvencia externa de INETUM ESPAÑA, S.A., y que faltaba el Documento Europeo Único de Contratación (DEUC) de esta última. Esta alegación es desestimada.

El Tribunal verificó el expediente y comprobó que AGFA sí indicó su intención de basarse en la capacidad de otras entidades y que fueron presentados los tres DEUC necesarios (el propio, el de AGFA HEALTHCARE ITALY y el de INETUM ESPAÑA)

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

XIII.- TRANSPARENCIA

- Obligación del SESPA a entregar protocolos hospitalarios completos, incluyendo la información del Hospital de Jove, por no ser válidos los enlaces web genéricos.

Resolución del CTBG Número de expediente: 1127/2025.

El 8 de mayo de 2025, la reclamante solicitó al Servicio Riojano de Salud (aunque la respuesta provino del Servicio de Salud del Principado de Asturias) el acceso a los protocolos y/o guías regionales y hospitalarias para indicaciones específicas de nueve hospitales de Asturias.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias denegó la información relativa a la Fundación Hospital de Jove argumentando que esta fundación es de titularidad privada (aunque esté vinculada a la red hospitalaria pública por convenio).

Para el resto de los hospitales, la Administración se limitó a proporcionar direcciones web genéricas del Portal de Salud del Principado de Asturias, indicando que allí se publicaban planes, protocolos y guías.

La solicitante presentó una reclamación ante el CTBG alegando que los enlaces proporcionados eran genéricos, dirigiendo a fuentes regionales y no a información específica de ningún hospital o indicación, como se había pedido.

El Consejo de Transparencia estima la reclamación basándose en:

- El Hospital de Jove, aunque es una fundación privada, presta un servicio público.
- La Ley de Transparencia establece que las entidades privadas que prestan servicios públicos deben suministrar a la Administración toda la información necesaria cuando esta se la requiera.
- No es suficiente la remisión genérica al portal web. La remisión debe ser precisa y concreta, señalando el *link* exacto, los epígrafes o capítulos que acceden a la información de forma inequívoca, rápida y directa.

En este caso, las direcciones web aportadas por el SESPA no permitían el acceso directo a la información concreta solicitada.

[Más información: consejo de transparencia.es](https://consejo.de.transparencia.es)

- El Servicio Riojano de Salud obligado a entregar los datos de temporalidad laboral tras rechazar la excusa de la "reelaboración" compleja.

Resolución del CTBG Número de expediente: 448/2025

El reclamante solicitó al Servicio Riojano de Salud información detallada sobre la temporalidad en el empleo público. Específicamente, requería el porcentaje de

temporalidad en las plazas de personal de la Administración de La Rioja y sus organismos autónomos. Esta información debía estar desglosada por categoría profesional/puesto y por ámbitos, para el 31 de diciembre de 2022, 2023 y 2024.

La justificación para la denegación fue que la divulgación de los datos requeriría una "acción previa de tratamiento de la información para la elaboración expresa de un informe". El Servicio Riojano argumentó que esta tarea constituía una "acción previa de reelaboración" y, por lo tanto, invocó el artículo 18.1 c) de la Ley de Transparencia (LTAIBG) como causa de inadmisión.

El CTBG trae a colación la jurisprudencia del TS, que establece que la causa de inadmisión por "*reelaboración*" solo aplica cuando la tarea es compleja, como ocurre al tratar información "*dispersa y diseminada*" que exige labores intensas de recabar, ordenar, separar y sistematizar.

Dada la naturaleza de la información solicitada (relacionada con la gestión de personal, la cual es una obligación legal) y la falta de justificación por parte de la Administración, la preparación de los datos no requiere un esfuerzo desproporcionado que pueda calificarse como "reelaboración compleja".

[Más información: consejo de transparencia.es](https://consejo.de.transparencia.es)

BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

DERECHO SANITARIO

- Patentabilidad y protección de los segundos usos médicos.

Merino Rebollo, Alfonso.

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

- El derecho a la portabilidad de datos personales y su impacto en la garantía del derecho a la salud.

Olvera Arellano, Ana Guadalupe.

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

II.- Formación

SALUD DIGITAL

- Congreso Internacional sobre el uso de inteligencia artificial (y big data) en la cirugía 4.0 (robótica-bioimpresión) y personalizada -diagnósticos tecnológicos, médicos y jurídicos- 23 y 24 de octubre 2025.

Sala Ramón Martín Mateo. Facultad de Derecho. Universidad de Alicante.

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

RECURSOS HUMANOS

- IV Congreso de Igualdad y Recursos Humanos de los Servicios Públicos de Salud.

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

COMPRA PÚBLICA DE MEDICAMENTOS

- Webinar “*Terapias avanzadas y contratación pública: el caso de los medicamentos CAR-T*”. Asociación de Juristas de la Salud.

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

-NOTICIAS-

➤ NEGLIGENCIAS MÉDICAS:

- Una paciente con un trastorno psiquiátrico se suicida en un box del Hospital de Terrassa.

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

- Una jueza condena a Andalucía a indemnizar con 180.000 euros a un paciente que perdió una pierna por una demora asistencial.

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

- Condena de 60.000 euros a la sanidad madrileña por la muerte de una paciente de covid.

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

- Prótesis en el cerebro oculta e historial médico manipulado: la denuncia de Sergio tras 10 años de una operación "sencilla".

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

- Sanidad prepara una ley de salud digital para regular la historia clínica en España y la UE.

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

- *Condenan al SAS por la muerte de un paciente con 55 años con neumonía por Covid.*

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

- El Defensor del Paciente pide a la Fiscalía que actúe por las listas de espera sanitarias.

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

- Condenada una clínica sevillana por la muerte de un paciente durante una reducción de estómago.

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

- Demanda por presunta negligencia médica en un caso de cáncer de cervix.

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

- La Fiscalía pide la absolución de la enfermera 'antivacunas' de Santurtzi tras considerar que su estado mental la hace inimputable.

[Fuente: antena3.com](http://antena3.com)

➤ PROFESIONES SANITARIAS:

- En las urgencias te atenderá un médico especializado, pero ¿qué pasa con las enfermeras?

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

➤ SANIDAD DIGITAL:

- Sanidad trabaja con Meta y OpenAI para garantizar un uso seguro de la inteligencia artificial en salud mental.

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

- Jorge Ángel, enfermero: "Nunca te acostumbras a la muerte de un paciente. Hay casos que te marcan. A mí me ayuda estar con la familia y hablar con otros profesionales".

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

➤ PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

- Absuelta una técnico de laboratorio acusada de acceder al historial médico de una compañera al no poderse demostrar que fuera ella la autora del delito.

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

- Tu expediente sanitario, a 900 € en la 'dark web' y hospitales colapsados: así operan los ladrones de datos médicos.

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

- Piden cárcel para una trabajadora del antiguo hospital Virgen de la Salud de Toledo por filtrar datos de una paciente.

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

➤ EUTANASIA:

- La Justicia avala la eutanasia de Noelia, la joven de 24 años con paraplejia, pero reconoce el derecho de su padre a recurrir.

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

- La Justicia da luz verde a la eutanasia de Noelia, suspendida desde hace un año por el recurso de su padre ante los tribunales.

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

➤ EMPLEO PÚBLICO:

- Sanidad aclara el contenido del borrador del Estatuto Marco ante interpretaciones erróneas difundidas por el sindicato CESM.

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

- El consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha aboga por una estrategia común entre regiones para lograr «agresiones cero» a los sanitarios.

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

➤ AGRESIONES SEXUALES:

- Agresión sexual a una paciente en el Hospital Quirónsalud Albacete: el Supremo confirma la sentencia.

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

- Detenido un médico en Girona por agredir sexualmente a una paciente vulnerable.

[Fuente: antena3.com](http://antena3.com)

➤ PRESTACIONES SANITARIAS

- *¿Y qué ocurre con los embriones congelados en casos de divorcio o de ruptura de la pareja de hecho?*

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

- *Más del 80% de los abortos financiados por el sistema público se realizan en centros privados, según un informe.*

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

- *Sanidad saca a audiencia pública el proyecto de real decreto de acceso sanitario universal.*

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

- CUME: «¿Cuándo tiene tu hijo pensado ponerse bien?', me preguntó la mutua con mi hijo ingresado en la UCI».

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

- Salud enviará mensajes a los pacientes para recordarles sus citas y que no dejen plantado al médico en Andalucía.

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

-BIOETICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

- Bioética: Cincuenta años después. ANALES RANM 2024. Diego Gracia Guillén.

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

- Los derechos de los pacientes ante la muerte. Una perspectiva ética y jurídica en Aragón. Revista Sanitaria de Investigación.

“Los derechos de los pacientes en el proceso de morir y de la muerte, es un tema que, pese a su relevancia, permanece poco conocido en la sociedad. Se analizan los principios éticos y jurídicos que garantizan la dignidad, autonomía y bienestar de las personas en esta etapa, explorando aspectos como el consentimiento informado, las voluntades anticipadas, los cuidados paliativos y la limitación del esfuerzo terapéutico, destacando su importancia para humanizar el final de la vida”.

[Más información: revistasanitariadeinvestigacion.com](http://revistasanitariadeinvestigacion.com)

- Objeción de conciencia a la prestación de ayuda para morir: conocimientos, actitudes y prácticas en atención primaria. Revista Clínica Española Volume 225, Issue 7, August-September 2025. R. Triviño-Caballero, J. Franco , L. Sordo.

“La Ley de Regulación de la Eutanasia incluye la objeción de conciencia (OC). No obstante, apenas se dispone de información sobre su ejercicio ni de los motivos para objetar. El objetivo de este estudio fue identificar conocimientos, actitudes y prácticas sobre la OC a la prestación de ayuda para morir (PAM) en médicos de atención primaria, nivel asistencial donde más prestaciones se producen.”

[Más información: sciencedirect.com](http://sciencedirect.com)

- Bioética y Biojurídica: Una revisión veinte años después. Antonio Sánchez-Bayón.

“Esta es una revisión veinte años después de la evolución de la Bioética y Biojurídica (200525). Resulta que, pese a su importancia y avance en la vida cotidiana, el estudio del sistema vinculante sobre la investigación de la vida y el cuidado de la salud adolece de fricciones artificiales fruto de intereses contrapuestos y juegos de poder. Ello paraliza un avance efectivo sobre la materia, además de servir para extender la

trampa bio-iushumanista (¿cómo se puede defender una cuarta generación de derechos humanos que viole la primera generación?). Por tanto, el presente trabajo pretende resultar un texto de síntesis, que facilite la percepción y gestión de la realidad subyacente sin caer en trampas.”

[Más información: encuentros-multidisciplinares.org](http://encuentros-multidisciplinares.org)

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA

I.- Bibliografía

BIOETICA

- Homo Ex Machina. Ética de la inteligencia artificial y Derecho digital ante el horizonte de la singularidad tecnológica.

Llano Alonso, Fernando H.

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

II.- Formación

- *IV Jornada Bioética y Deontología. Viernes día 14 de noviembre de 2025.*

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

-CLÁUSULA PROTECCIÓN DE DATOS-

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Secretaría General. Sescam
Finalidad	Información sobre actualizaciones en Derecho Sanitario y Bioética
Legitimación	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
Derechos	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.
Información adicional	Disponible en la dirección electrónica: https://rat.castillalamancha.es/info/2325
Consentimiento	<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: asesoria.juridica@sescam.jccm.es