



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

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 243 Marzo 2026.

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.- LEGISLACIÓN COMENTADA.

I. PRONTUARIO. REAL DECRETO 180/2026, DE 11 DE MARZO, POR EL QUE SE REGULA EL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA ATENCIÓN SANITARIA CON CARGO A FONDOS PÚBLICOS DE LAS PERSONAS EXTRANJERAS QUE, ENCONTRÁNDOSE EN ESPAÑA, NO TENGAN SU RESIDENCIA LEGAL EN EL TERRITORIO ESPAÑOL.	7
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

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

3.- SENTENCIA PARA DEBATE.

I. STEHD MEDMOUNE C. FRANCIA DE 5 DE FEBRERO DE 2026. REC. 55026/22. ¿PUEDE UN MÉDICO DECIDIR INTERRUMPIR LOS TRATAMIENTOS QUE MANTIENEN A UN PACIENTE CON VIDA EN CONTRA DE LA VOLUNTAD DE ESTE, EXPRESADA EN UNA DIRECTIVA ANTICIPADA ESCRITA, Y EN CONTRA DEL PARECER UNÁNIME DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA?.	14
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

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

4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.

[18](#)

5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.

[36](#)

-NOTICIAS-

Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de marzo de 2026 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética.

[37](#)

-BIOÉTICA y SANIDAD-

1.- CUESTIONES DE INTERÉS.

[40](#)

2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.

[42](#)

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I. LEGISLACIÓN ESTATAL

- Real Decreto 239/2026, de 25 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

boe.es

- Real Decreto 180/2026, de 11 de marzo, por el que se regula el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español.

boe.es

- Decreto 216/2026, de 18 de marzo, por el que se crea y regula la Comisión Interministerial para la transformación y sostenibilidad de los cuidados de larga duración.

boe.es

- Orden SND/208/2026, de 9 de marzo, por la que se modifica el anexo II del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

boe.es

II. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.

CANTABRIA

- Ley de Cantabria 2/2026, de 27 de febrero, de modificación de la Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

boe.es

PAÍS VASCO

- Real Decreto 172/2026, de 4 de marzo, de modificación de los medios adscritos a la gestión de las prestaciones sanitarias del Seguro Escolar y traspasados a la Comunidad Autónoma del País Vasco por el Real Decreto 667/2020, de 14 de julio.

boe.es

CASTILLA LEÓN

- Orden SAN/209/2026, de 3 de marzo, por la que se aprueba el calendario de vacunaciones e inmunizaciones sistemáticas a lo largo de la vida de las personas para la Comunidad de Castilla y León.

bocyl.es

CASTILLA LA MANCHA

- Decreto 8/2026, de 17 de marzo, por el que se crean diversas categorías de personal estatutario en el área de la prevención de riesgos laborales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y se actualizan las denominaciones de las categorías de Facultativo/a Especialista de Área de Análisis Clínicos y de Bioquímica Clínica, por la de Facultativo/a Especialista de Área en Laboratorio Clínico.

docm.es

- Decreto 11/2026, de 23 de marzo, de los requisitos para la mejora de la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de Castilla-La Mancha.

docm.es

- Orden 32/2026, de 4 de marzo, de la Consejería de Sanidad, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de medicina estética.

docm.es

- Resolución de 4 de marzo de 2026, de la Dirección-Gerencia, por la que se crea la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Castilla-La Mancha.

docm.es

CANARIAS

- Resolución de 9 de marzo de 2026, por la que se dispone la publicación del Acuerdo de aprobación de la Estrategia de Atención Sociosanitaria en Canarias 2026-2030.

boc.es

BALEARES

- Resolución del director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares para iniciar y aprobar el procedimiento relativo a la habilitación de centros privados para su integración o prórroga de habilitación en la Red de Centros y Servicios Sanitarios de Apoyo a la Asistencia Urgente y Emergente en las Islas Baleares.

boib.es

CATALUÑA

- Resolución SLT/727/2026, de 12 de marzo, por la que se crea el Comité Operativo de Cuidados.

dogc.es

ANDALUCÍA

- Resolución de 12 de marzo de 2026, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, para la organización asistencial en el proceso de amputación mayor en la infancia y la adolescencia.

boja.es

VALENCIA

- Resolución de 13 de marzo de 2026, por la que se actualiza el calendario de vacunaciones sistemáticas a lo largo de la vida (2026) en la Comunitat Valenciana.

dogv.es

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA

PRONTUARIO. REAL DECRETO 180/2026, DE 11 DE MARZO, POR EL QUE SE REGULA EL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA ATENCIÓN SANITARIA CON CARGO A FONDOS PÚBLICOS DE LAS PERSONAS EXTRANJERAS QUE, ENCONTRÁNDOSE EN ESPAÑA, NO TENGAN SU RESIDENCIA LEGAL EN EL TERRITORIO ESPAÑOL.

Vicente Lomas Hernández.
J. de Servicio de Coordinación Jurídica (SESCAM).

1. ¿Qué regula el Real Decreto 180/2026?

- El procedimiento para reconocer el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras que están en España y no tienen residencia legal.
- Establece cómo se acreditan los requisitos legales para obtener ese reconocimiento.

2. ¿Cuál es la finalidad de la norma?

Homogeneizar el procedimiento en el conjunto del territorio nacional y reducir barreras administrativas que dificulten la efectividad del derecho.

3. ¿A quién va dirigido?

A las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.

No obstante, también incluye a:

- Colectivos de especial protección (art. 4)
- Modifica el artículo 26 del Real Decreto 8/2008 para reconocer asistencia sanitaria a las personas españolas de origen residentes en el exterior durante sus desplazamientos temporales a España y a determinados familiares.

4. ¿Qué documentación debe presentar la persona interesada?

Debe presentar, como regla general:

- una declaración responsable de cumplimiento de los requisitos legales.
- documentación para acreditar su identidad;

- documentación para acreditar su residencia habitual en España;
- y, si procede de un país con norma internacional de seguridad social que incluya cobertura sanitaria, un certificado de la institución competente de ese país acreditando que no procede la exportación de la cobertura sanitaria.

5. ¿Cómo se acredita la identidad?

Pasaporte o documento oficial de identidad expedido por la Administración del país de origen.

Si no se dispone de ellos, se admite otro documento oficial del país de origen que permita identificar a la persona y contenga, al menos, una fotografía.

En menores, también sirven el certificado de nacimiento, el libro de familia o la documentación oficial de tutela o guarda.

6. ¿Cómo se acredita la residencia habitual en España?

Certificado de empadronamiento actualizado.

Si no se dispone de él, se admiten otros documentos, como certificados de matriculación o escolarización, carta de viaje consular, certificados de servicios sociales o de trabajadores sociales de ONG declaradas de utilidad pública, facturas de suministros, cédula de inscripción, documento de inscripción consular o certificado de centros públicos de migraciones.

7. ¿Hace falta llevar al menos tres meses o noventa días en España para pedir este derecho?

No.

Ese requisito no aparece ni en la Ley 16/2003 ni en el RD 180/2026.

Además, el preámbulo del real decreto dice expresamente que regula el procedimiento “sin la exigencia de un mínimo de antigüedad”.

8. ¿Cómo se inicia el procedimiento?

Se inicia por solicitud de la persona interesada o de un tercero expresamente autorizado.

El procedimiento debe iniciarse de oficio cuando, por la naturaleza de la atención sanitaria, la persona esté impedida para hacerlo.

Los servicios sanitarios y sociales deben informar y asistir en la tramitación.

9. ¿Qué ocurre mientras se tramita la solicitud?

En el momento de presentar la solicitud se entrega un documento provisional acreditativo.

Ese documento acredita que la solicitud ha sido presentada y permite, con carácter provisional y hasta que se resuelva el expediente, el acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

10. ¿Cuál es el plazo máximo para resolver, y qué sentido tiene el silencio?

Tres meses.

Si el procedimiento se inició a solicitud de la persona interesada, transcurrido ese plazo la solicitud se entiende estimada por silencio administrativo.

Si el expediente se inició de oficio, el silencio es desestimatorio.

11. ¿Qué sucede si la resolución es favorable?

La resolución favorable da lugar a la emisión del documento acreditativo de la asistencia sanitaria.

Además, a efectos de identificación clínica y gestión de datos, se asignará un CIP-SNS único y común, permanentemente asociado a la información clínica de la persona.

12. ¿Qué sucede si la resolución es desfavorable? ¿Se factura la asistencia sanitaria prestada?

La denegación no implica automáticamente la facturación de toda la asistencia ya dispensada.

No se facturarán las prestaciones anteriores, incluso las anteriores a la solicitud, si la persona acredita después que, en la fecha en que se prestaron, sí concurrían los requisitos materiales.

Solo en los demás supuestos procederá la facturación conforme a los procedimientos de cada comunidad autónoma o, en su caso, del INGESA.

13. ¿El documento acreditativo caduca?

No.

El documento acreditativo no tendrá caducidad, y mantendrá su vigencia hasta que la persona interesada alcance el derecho a la asistencia sanitaria por otra vía.

14. ¿Qué ocurre si la persona se desplaza temporalmente a otra comunidad autónoma?

No tiene que volver a tramitar el reconocimiento del derecho.

El desplazamiento se equipara a la adscripción temporal de las personas aseguradas, de modo que, en estos casos, no habrá que tramitar de nuevo el derecho en la nueva comunidad autónoma, ni se podrá facturar la atención prestada antes de formalizar dicha adscripción.

15. ¿Qué colectivos de especial protección contempla el real decreto?

El artículo 4 enumera los siguientes:

- personas menores de 18 años;
- mujeres extranjeras embarazadas no registradas ni autorizadas como residentes;
- solicitantes de protección internacional;
- solicitantes de protección temporal;
- víctimas de violencia de género y sus hijos e hijas;
- víctimas de trata durante el período de restablecimiento y reflexión;
- víctimas de violencias sexuales;
- supuestos de enfermedades de declaración obligatoria;
- mujeres extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes que soliciten una interrupción voluntaria del embarazo;
- y cualesquiera otros colectivos con régimen específico por otras normas.

Añade que el derecho de estos colectivos se reconocerá y hará efectivo conforme a su normativa específica.

En el expediente del proyecto de Real Decreto 180/2026 se recogió, según dictamen del Consejo de Estado, una interpretación prácticamente unánime por parte de los órganos proponentes y de algunos informes sectoriales en el sentido de entender que la referencia del artículo 4 a la normativa específica supondría la exoneración de estos colectivos del régimen general de acreditación de requisitos previsto en el proyecto, de modo que quedarían exceptuados de la necesidad de presentar la declaración responsable del artículo 2 y de acreditar expresamente los requisitos del artículo 3 ter.2 de la Ley 16/2003.

La Secretaría General Técnica del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones señaló, sin embargo, que, aun cuando la normativa específica de los colectivos detallados proclama su derecho a la asistencia sanitaria, resulta en todo caso necesario conocer su identidad, el municipio en el que residen y su declaración sobre que no se encuentran cubiertos por otro país o tercero obligado, a fin de poder facilitarles la asistencia sanitaria por el servicio público de salud correspondiente a través de la vía del artículo 3 ter de la Ley 16/2003.

A su vez, el Consejo de Estado, partiendo de esta apreciación, advierte que el requisito de no poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde el país de origen o procedencia no puede exceptuarse por sí mismo mediante una norma

reglamentaria, pues deriva directamente de la ley, y que exceptuar la necesidad de declaración responsable al respecto podría dar lugar al reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos españoles en casos que deberían estar cubiertos por otros países.

El mencionado dictamen señala, además, que el tenor literal del artículo 4 no implica, por sí mismo, la existencia de una excepción o salvedad general para estos colectivos en la aplicación de los requisitos generales de acreditación, y advierte que, de introducirse tal exención expresa, resultaría ilegal por contravenir el régimen legal establecido en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003.

Pese a que el Consejo de Estado finalizaba recomendando que la redacción final del art. 4 aclarase de forma más expresa cuál es el alcance de la especialidad aplicable a los colectivos allí citados, el texto finalmente publicado no ha incorporado dicha sugerencia.

16. ¿Basta con pertenecer a uno de esos colectivos para tener cobertura sanitaria?

No siempre. El artículo 4 no crea una regla uniforme.

En algunos casos, la cobertura deriva de la normativa específica del colectivo; en otros, el propio real decreto añade expresamente que la persona sea, además, extranjera no registrada ni autorizada como residente, como ocurre con el embarazo e interrupción voluntaria del embarazo.

17. ¿Hay previsiones específicas para las personas con discapacidad?

Sí. El real decreto contiene tres previsiones importantes.

Una de índole procedimental:

- Para firmar la declaración responsable, las personas con discapacidad que precisen apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica deben contar con las medidas de apoyo necesarias, y la Administración debe facilitar información en formatos accesibles.

Otra sustantiva:

- La disposición adicional sexta recuerda que, en relación con la asistencia sanitaria a las personas con discapacidad, sigue siendo aplicable su normativa específica, en particular el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y el Real Decreto 383/1984.

Y una tercera previsión de colaboración interinstitucional:

- Los servicios sanitarios y sociales informarán y asistirán, en la medida de lo posible, en la tramitación de las solicitudes reguladas en el artículo 3, especialmente cuando las personas solicitantes no hablen la lengua castellana o

la lengua cooficial de la comunidad autónoma donde se encuentre, así como en el caso de que presenten alguna discapacidad.

18. ¿Tienen las CCAA que expedir una tarjeta identificativa distinta de la tarjeta sanitaria individual del SNS?

No queda claro.

El artículo 3 bis.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, dispone que, una vez reconocido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, dicho derecho se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

De otro, el artículo 3 ter.3 del mismo texto legal establece expresamente que las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para recibir la prestación asistencial.

El RD 180/2026, por su parte, regula el procedimiento de reconocimiento y acreditación de requisitos y dispone, en su artículo 3.5, que, si la resolución es favorable, “*se procederá a la emisión de la tarjeta sanitaria o el documento acreditativo de la asistencia sanitaria”, y el art. 3.6 se refiere a “documento acreditativo del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos”*

A su vez, el dictamen del Consejo de Estado sostiene que existe una “*suerte de procedimiento bifásico*”: el reconocimiento y control del derecho correspondería al Ministerio de Sanidad, mientras que, una vez reconocido, las comunidades autónomas expedirían la tarjeta sanitaria individual, que el Consejo de Estado identifica con el “documento certificativo” del artículo 3 ter.3.

19. ¿Qué novedades presenta el reconocimiento del derecho a favor de los españoles de origen residentes en el exterior?

La duración queda vinculada al tiempo de estancia temporal declarado, con baja automática al finalizar la estancia prevista. El plazo inicial es de 3 meses, con posibilidad de una sola renovación por otros 3 meses, y con un límite máximo en todo caso de 6 meses en un período de un año.

En el caso de los familiares de personas españolas de origen retornadas que se establezcan con ellas en España, se dispone que el derecho se extinguirá antes de esos seis meses si adquieren la asistencia sanitaria por otra vía.

20. Otras modificaciones normativas.

- Modifica el artículo 9 del Real Decreto 1506/2012 para que estén exentas de aportación ortoprotésica las personas que pertenezcan a categorías exentas de aportación en la prestación farmacéutica.

- Deroga el apartado segundo de la disposición adicional segunda y las disposiciones adicionales primera, tercera, cuarta, quinta, sexta, octava y novena del Real Decreto 1192/2012.

21. ¿Sigue vigente el convenio especial para la prestación de asistencia sanitaria?

Sí. El convenio especial sigue vigente.

No obstante, téngase en cuenta que el RD 180/2026 no exige una antigüedad mínima de residencia, admite una declaración responsable, permite una acreditación flexible de la identidad y de la residencia habitual, ordena entregar un documento provisional acreditativo al presentar la solicitud y, además, prevé silencio positivo si el procedimiento se inicia a instancia de la persona interesada y no se resuelve en tres meses. A eso se añade que, si la resolución es favorable, se expide tarjeta sanitaria o documento acreditativo, y que el documento acreditativo no caduca mientras no se obtenga el derecho por otra vía.

3. SENTENCIA PARA DEBATE

STEHD Medmoune c. Francia de 5 de febrero de 2026. Rec. 55026/22

1. Planteamiento.

¿Puede un médico decidir interrumpir los tratamientos que mantienen a un paciente con vida en contra de la voluntad de este, expresada en una directiva anticipada escrita, y en contra del parecer unánime de los miembros de su familia?

Este es el caso Medmoune c. Francia, del que ha conocido recientemente el TEDH, y que arranca el día 18 de mayo de 2022 cuando A.M., de 44 años, hermano de dos de las demandantes y esposo de la tercera, sufrió un grave accidente mientras realizaba una reparación al ser atropellado por un vehículo, lo que le provocó entre otras lesiones, una falta de oxigenación cerebral durante siete minutos. Ingresó ese mismo día en reanimación en el hospital de Valenciennes, y los exámenes mostraron ausencia de reflejos del tronco encefálico y graves lesiones anóxicas.

2. La posición de la familia. La existencia de directivas anticipadas.

El 31 de mayo de 2022 el equipo médico inició el procedimiento colegiado previsto en el derecho francés para valorar la limitación o retirada de tratamientos. El 1 de junio de 2022 decidió suspenderlos a partir del día 9, al considerar que el paciente estaba en coma, sin signos de despertar, con un pronóstico neurológico gravísimo y dependiente de ventilación mecánica. En ese momento el hospital actuó creyendo que no existían directrices anticipadas. La familia se opuso.

El 7 de junio de 2022, las demandantes acudieron al juez de urgencia del tribunal administrativo de Lille y aportaron unas directrices anticipadas manuscritas de 5 de junio de 2020. En ellas, A.M. había dejado dicho que deseaba que se le siguiera manteniendo con vida, “incluso artificialmente”, si perdía definitivamente la conciencia y no podía comunicarse con sus allegados; añadía que aceptaba actos como la reanimación o la asistencia respiratoria.

El 8 de junio de 2022, el juez suspendió la primera decisión médica porque entendió que el procedimiento colegiado se había desarrollado sin tener realmente en cuenta la voluntad del paciente.

Finalmente, el 15 de julio de 2022, el equipo médico del centro hospitalario de Valenciennes decidió interrumpir los tratamientos. El documento relativo a esta decisión, lleva la firma de diez médicos, incluidos dos médicos ajenos al equipo de reanimación, dos enfermeras y dos supervisoras de enfermería.

El 22 de julio el tribunal administrativo de Lille rechazó la petición de la familia de paralizar la decisión del equipo médico.

3. El criterio del Consejo de Estado.

Acudieron al Conseil d'État y, dentro de ese recurso, promovieron una cuestión prioritaria de constitucionalidad sobre el artículo L. 1111-11 del Código de Salud Pública francés, en la parte que permite al médico apartarse de las directrices anticipadas cuando estas sean “manifiestamente inapropiadas o no conformes a la situación médica”. El Conseil constitutionnel, en su decisión de 10 de noviembre de 2022, declaró conforme a la Constitución esa previsión legal

El 29 de noviembre de 2022, el Conseil d'État rechazó también la pretensión de la familia. Explicó que la ventilación mecánica y la nutrición o hidratación artificiales son tratamientos que pueden suspenderse cuando su continuación implica obstinación irrazonable, y añadió que el mero hecho de que una persona esté en situación irreversible de inconsciencia no basta por sí solo; la valoración debe hacerse a partir de un conjunto de elementos médicos y no médicos, atendiendo a la singularidad del caso.

También dijo que las directrices anticipadas obligan en principio al médico, pero que pueden dejar de aplicarse al término de un procedimiento colegiado si resultan manifiestamente inapropiadas o no conformes con la situación médica. En el caso concreto, el Conseil d'État consideró acreditado que la decisión del 15 de julio no había sido precipitada, que los exámenes y reevaluaciones habían sido suficientes, que el estado del paciente no ofrecía perspectiva terapéutica y que la continuidad de los tratamientos era inútil y desproporcionada.

Finalmente, la familia acudió al TEDH y pidió también una medida provisional para paralizar la ejecución, pero no fue acogida.

La retirada de los cuidados se produjo el 26 de diciembre de 2022, fecha en la que falleció A.M.

4. Qué dice el Derecho francés.

El artículo L. 1111-11 del código de la salud pública prevé que toda persona mayor de edad puede redactar directivas anticipadas para el caso de que algún día esté incapacitada para expresar su voluntad.

Estas directivas anticipadas expresan su voluntad relativa a su fin de vida en lo que respecta a «*las condiciones de la continuación, la limitación, la interrupción o la negación de tratamiento o de acto médicos*». *Ellas «se imponen al médico para cualquier decisión de investigación, intervención o tratamiento, salvo en caso de emergencia vital durante el tiempo necesario para una evaluación completa de la situación y cuando las directivas anticipadas aparezcan manifiestamente inapropiadas o no conformes a la situación medic ».*

La decisión de negarse a aplicar las directivas anticipadas, consideradas por el médico manifiestamente inapropiadas o no conformes a la situación médica del paciente, se toma al final de un procedimiento colegiado, durante el cual el médico recaba la opinión de los miembros presentes del equipo de cuidados, si existe, y la de «al menos

un médico, llamado en calidad de consultor, con el cual no existe ningún vínculo de naturaleza jerárquica » (artículo R. 4127-37-1 del código de la salud pública). Debe estar motivada, y comunicada a la persona de confianza designada por el paciente o, a falta de ésta, a la familia o a los allegados

5. Demanda de la familia ante el TEDH.

Los familiares denuncian que la legislación francesa prevé excepciones al principio del carácter vinculante de las directivas anticipadas de tal manera que quedan desprovistas de alcance. Según ellas, al autorizar al médico a apartarse de las directivas anticipadas que «parecen manifiestamente inapropiadas» y omitir fijar criterios objetivos, la ley otorga al médico un margen de apreciación excesivo y genera un riesgo de arbitrariedad.

Consideran asimismo que la consulta colegiada prevista en el artículo L. 1111-11 del Código de Salud Pública no constituye una garantía suficiente a la luz del artículo 2, ya que no vincula al médico, la opinión de los miembros presentes del equipo de atención no es obligatoria, y solo se requiere la opinión -puramente consultiva- de un médico «consultor», sin que exista ninguna norma destinada a prevenir un posible conflicto.

Por último, las demandantes indican que, aun sabiendo que actuaba en contra de la voluntad del Sr. A.M., el equipo médico no intentó ninguna acción de conciliación, explicación o acompañamiento a la familia.

6. La decisión del TEDH.

El TEDH, si bien destaca la importancia de las directrices anticipadas del paciente, también resalta que no tienen carácter absolutamente vinculante para el profesional; en este sentido se trae a colación la STEDH Lindholm, así como la Guía del del Consejo de Europa.

Esta última señala que “sobre el proceso decisorio relativo a los tratamientos médicos en las situaciones de fin de vida » en la que se indica que « la autonomía no implica un derecho para el paciente a recibir todo tratamiento que él/ella podría pedir, en particular cuando el tratamiento en cuestión se considera inapropiado, [dado que] la decisión en materia de cuidados de salud resulta del encuentro de la voluntad del paciente y de la valoración de la situación por un profesional sujeto a sus obligaciones profesionales, y en particular las que se derivan de los principios de beneficencia y de no maleficencia, así como de justicia”.

De otra parte, manifiesta que la voluntad del Sr. A.M., tal como se expresa en sus directivas anticipadas, se ha situado en el centro del proceso de toma de decisiones, y que los miembros de la familia del Sr. A.M. participaron en el proceso de toma de decisiones y que su opinión fue tenida en cuenta.

Por todo lo anterior, el TEDH concluye que las autoridades francesas cumplieron sus obligaciones positivas derivadas del artículo 2 y, por tanto, declara que no hubo violación de ese precepto. En cuanto a los artículos 8 y 9 del Convenio, el Tribunal no

entra a resolverlos por separado, porque considera que esas quejas quedan absorbidas por el análisis realizado ya bajo el artículo 2.

[Más información: hudoc.echr.coe.int](http://hudoc.echr.coe.int)

4. DOCUMENTOS DE INTERÉS.

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

I.- RECURSOS HUMANOS

- La Justicia reconoce al personal del Servicio Riojano de Salud el cobro de complementos en los permisos retribuidos. Comunicación del Poder Judicial.

Los dos Jueces de lo Contencioso Administrativo han admitido parcialmente los recursos presentados por trabajadores del Servicio de Salud contra la negativa de pagar los complementos por festividad y nocturnidad durante los permisos”

Los demandantes, personal estatutario del SERIS, recurrieron la resolución solicitando que se le abonaran las cantidades que habrían percibido por noches y festivos durante vacaciones, permisos y licencias en los últimos cuatro años. Argumentaron que estos complementos forman parte de su retribución habitual y que, según la jurisprudencia del Tribunal Supremo y del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, la remuneración de las vacaciones debe incluir todos los conceptos retributivos ordinarios.

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

- Limitación de la excedencia por cuidado de hijos cuando concurren necesidades del servicio.

Plaza nº 3 de la Sección de lo contencioso-Administrativo del Tribunal de Instancia Toledo. Sentencia nº 27/2026, de 4 de marzo.

En el presente supuesto concurre un conflicto de derechos, que la Administración ha tratado de evitar articulando soluciones alternativas de conciliación de la vida familiar, sin provocar un perjuicio grave en la prestación del servicio público de asistencia sanitaria. La denegación se ha sustentado en la gravísima situación del servicio en términos de disponibilidad de personal, sin que pueda apreciarse indicio alguno de discriminación indirecta.

En relación con ello, la excedencia por cuidado de hijos en el ámbito de la función pública se regula en el artículo 89.4 del texto refundido del Estatuto Básico del Empleado Público, configurando un derecho subjetivo del funcionario, cuyo ejercicio puede, no obstante, verse condicionado por necesidades organizativas en supuestos tasados, en particular cuando dos empleados la solicitan simultáneamente respecto

del mismo sujeto causante o cuando la concesión afecta gravemente el funcionamiento del servicio

- Movilidad interna: Exclusión de un aspirante basada en criterios no previstos ni publicados en las bases de la convocatoria.

STSJ Madrid nº 125/2026, de 19 de febrero; nº rec. 1409/2022.

La recurrente había sido inicialmente admitida en el proceso de movilidad interna como TCAE, con 10,70 puntos y adjudicación provisional de un puesto de quirófano en corretornos.

Posteriormente resulta excluida, sin causa en el listado, y la Comisión de Valoración informa que recibió órdenes de excluir a quienes ya hubieran participado en un proceso previo, a quienes tuvieran adaptación de tareas y al personal laboral.

El tribunal destaca que no se trata de un criterio de baremación adoptado por la Comisión, sino de órdenes externas recibidas tras la publicación del listado provisional.

Las bases de la convocatoria, que se aportan, delimitan quién puede participar (personal estatutario fijo, requisitos de antigüedad, situación administrativa, etc.) y no incluyen ninguna limitación relativa a la adaptación de tareas ni a la participación en procesos anteriores.

El recurso es estimado porque la causa de exclusión no estaba prevista en las bases de la convocatoria ni fue aprobada y publicada como criterio de selección antes de la baremación. La actuación administrativa origina una vulneración de los principios de igualdad, mérito y capacidad en el proceso de movilidad interna.

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

- Pérdida de la reserva de su plaza al convertirse la excedencia por cuidados en voluntaria por no comunicar el fallecimiento del familiar.

STSJ Galicia nº 90/2026, de 18 de febrero, nº rec. 39/2026.

Un profesional del SERGAS solicitó una excedencia por cuidado de familiar con duración máxima hasta agosto de 2024; tras el fallecimiento del familiar en diciembre de 2022, no comunicó este hecho a la Administración, que declaró de oficio la excedencia voluntaria desde esa fecha y desestimó su solicitud de reingreso en el puesto reservado, asignándole provisionalmente otra plaza.

La sentencia desestima el recurso de apelación porque entiende que la excedencia por cuidado de familiar se extinguió con el fallecimiento del padre, pasando el actor automáticamente a excedencia por interés particular al no comunicar el hecho ni

solicitar el reingreso en el plazo de un mes, por lo que no tiene derecho ni al cómputo de servicios ni a salarios por el periodo reclamado.

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

-Exclusión de la bolsa de trabajo: no es una sanción disciplinaria.

STSJ Galicia nº 102/2026, de 18 de febrero, nº rec. 113/2025.

Un trabajador temporal fue excluido definitivamente de las listas de contratación temporal del SERGAS por la sustracción reiterada de alimentos destinados a pacientes y trabajadores, y por ausencia injustificada en su puesto de trabajo.

La cuestión que se plantea es si resulta legal la exclusión definitiva de un aspirante de las listas de contratación temporal del Servicio Gallego de Salud por incumplimientos graves en el desempeño del puesto, sin que se tramite un procedimiento sancionador.

La sentencia confirma la exclusión definitiva de la aspirante de las listas de contratación temporal del Sergas porque considera que la medida no es una sanción disciplinaria sino una penalización prevista en el pacto de selección, tramitada con audiencia y fundada en incumplimientos graves acreditados (sustracción de alimentos y ausencia injustificada), que revelan falta de idoneidad para el servicio.

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

-Valoración de servicios prestados en residencia bajo gestión indirecta.

STSJ C.Valenciana nº 282/2025, de 30 de abril, nº rec. 31/2025

El conflicto gira en torno al cómputo del tiempo trabajado por las actrices en el Servicio de Farmacia de la Residencia para personas mayores "La Florida" de Alicante, gestionado por diversas empresas adjudicatarias, siendo la última QAVITAE SERVICIOS, entidad privada.

La Consellería de Sanidad apelante, alega que los servicios prestados no pueden ser computados porque no se realizaron en una institución pública de carácter sociosanitario gestionada directamente por la Generalitat Valenciana, conforme a la Orden 4/2019, de 14 de noviembre de 2019. La valoración de los servicios debe ajustarse al baremo que solo reconoce méritos por servicios en instituciones públicas gestionadas directamente por la Generalitat, y que la gestión indirecta mediante empresas privadas no cumple este requisito.

La sentencia de instancia estima el recurso basándose en la doctrina del Tribunal Supremo (sentencia nº 1240/24), que reconoce que el tiempo trabajado para empresas adjudicatarias de servicios públicos sanitarios puede ser tenido en cuenta para el reconocimiento de servicios previos a la Administración Pública,

independientemente de la naturaleza pública o privada de la entidad gestora, valorando la naturaleza pública del servicio sanitario prestado

La sentencia de apelación concluye que los servicios prestados por las apelantes fueron en un centro sociosanitario público sometido a gestión indirecta, por lo que no encajan en los apartados del baremo que permiten su valoración.

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

II.- RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA

- Responsabilidad de la AEMPS por el producto sanitario ALA OCTA.

ATS de 28 de enero, nºrec. 7648/2025

El paciente fue intervenido quirúrgicamente utilizando el producto sanitario Ala Octa, que contaba con marcado CE y fue comercializado legalmente en España desde 2013 hasta su retirada en 2015 por la AEMPS tras la detección de efectos adversos. La AEMPS actuó conforme a la normativa europea, realizando inspecciones y ordenando la retirada del producto tras recibir las primeras notificaciones de incidentes, sin que se apreciara culpa en su labor de vigilancia. La reclamación de responsabilidad patrimonial se dirigió contra la AEMPS por supuesta falta de control preventivo y de inspección.

La cuestión casacional se centra en concretar hasta dónde alcanza la competencia de control e inspección de la AEMPS sobre productos sanitarios con marcado CE, para fijar si puede exigírsele responsabilidad patrimonial cuando ese producto resulta defectuoso y causa lesiones a los pacientes

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

- Diabetes tras la administración de Cariprazina.

STSJ Madrid nº970/2025, de 4 de noviembre, nºrec. 29/2024

El paciente ingresó involuntariamente en un hospital por un episodio psicótico y fue tratado con el antipsicótico Cariprazina, con dosis ascendentes hasta 6 mg/día y posterior reducción. Durante el ingreso y seguimiento se realizaron controles analíticos que mostraron glucemias normales. Posteriormente, el paciente desarrolló diabetes mellitus tipo 1 con cetoacidosis diabética.

Se reclamó responsabilidad patrimonial contra la Administración por presunta mala praxis en la prescripción y seguimiento del tratamiento, alegando falta de controles analíticos y relación causal entre el fármaco y la diabetes.

El tribunal descarta la existencia de mala praxis y de relación de causalidad probada entre la administración de cariprazina y la cetoacidosis diabética del paciente porque considera más sólido y convincente el informe pericial psiquiátrico y el informe de inspección sanitaria que avalan la corrección del tratamiento, frente al informe de parte, que es de especialista no idóneo, poco concreto y que solo afirma una relación causal “probable”.

Inspección y perito psiquiatra resaltan que no se ha descrito cetoacidosis con cariprazina en la bibliografía consultada, que es de los antipsicóticos con menor asociación a diabetes, y que la aparición de cetoacidosis es una “rareza” apenas reportada con otros antipsicóticos de segunda generación.

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

- Nacimiento de bebé con trisomía 21: amniocentesis correctamente practicada.

STSJ Cataluña nº4747/2025, de 19 de diciembre, nºrec. 2425/2022

Durante el embarazo de Milagrosa, que presentaba antecedentes obstétricos relevantes, se detectaron desde el primer trimestre datos de riesgo de anomalía cromosómica: higroma quístico y un cribado prenatal con alto riesgo. Por ello se practicó primero una biopsia corial, que no fue concluyente, y después una amniocentesis, cuyo resultado informó inicialmente de cariotipo fetal normal. Más adelante, en ecografías sucesivas, aparecieron otros hallazgos relevantes, como una anomalía en la fosa posterior, una arteria subclavia derecha aberrante (ARSA) y retraso de crecimiento fetal.

Pese a ese seguimiento, el embarazo continuó y la niña, Carlota, nació prematura. Ya en el periodo neonatal se le practicó un estudio de cariotipo que confirmó la trisomía 21.

La sentencia, siguiendo jurisprudencia del Tribunal Supremo que la Sala reproduce, parte de que el nacimiento de un hijo no puede considerarse en sí mismo un daño indemnizable. Lo relevante no es el nacimiento como tal, sino, en su caso, la pérdida de oportunidad de la gestante para decidir con información suficiente sobre la interrupción del embarazo. Ese perjuicio se reconduce al daño moral por lesión de la autodeterminación.

Rechaza que hubiera mala praxis, la amniocentesis estaba indicada, se realizó en el momento correcto y con técnica adecuada, y que la muestra no presentaba signos que, conforme a los protocolos aplicables, obligaran a sospechar contaminación materna o a repetir la prueba:

“La amniocentesis tiene una fiabilidad aproximada del 99% y un error alrededor del 1% de los casos en forma de resultados falsos negativos y falsos positivos. No es una técnica infalible, ni con certeza diagnóstica absoluta o del 100% a pesar de realizarla correctamente según las pautas indicadas en los protocolos médicos actuales”

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

- **Gestación de alto riesgo: la administración sanitaria está obligada a proporcionar una atención médica adecuada que incluya vigilancia continua, información completa y consentimiento informado sobre las alternativas asistenciales.**

STSJ Las Palmas nº291/2025, de 12 de junio, nºrec. 40/2025

La Sala desestima la apelación del Servicio Canario de la Salud y confirma íntegramente la condena a indemnizar con 200.000 euros a la gestante (obesidad, diabetes, y 40 años) por mala praxis obstétrica y vulneración de sus derechos de información, autonomía y consentimiento informado en un embarazo de alto riesgo que culminó con la muerte intraútero del feto en la semana 42.

Se considera incorrecto el triaje y la vigilancia al ingreso ya que no fue valorada por ginecólogo/FEA, sino por un matróon residente, no se realizaron registros cardiotocográficos ni amnioscopia, y permaneció varias horas en planta sin monitorización pese a ser gestante de riesgo.

Se reprocha que, pese a los factores de riesgo y a las recomendaciones de la SEGO, se prolongara el embarazo hasta la semana 42 sin ofrecer ni documentar la alternativa de inducción/cesárea antes, ni una vigilancia reforzada propia de gestación de riesgo.

“En el caso lo único que consta en la hoja de la clínica de la recurrente es que acudió a la matrona quien decidió que en la semana 42 induciría el parto Si la gestante hubiese conocido todos los riesgos que la decisión médica sobre actitud expectante, quizás hubiese podido pedir otra alternativa sea cesárea o parto inducido”.

Y añade:

“Todo esto sucedió en un hospital al que acudió la embarazada con un feto vivo, y a la que se le causó violencia obstétrica por no dispensarle asistencia médica de calidad, conforme a la condición de gestante de riesgo de la madre. No se le dispensaron los medios habituales, ni para bajo riesgo (amnioscopia), ni para riesgo (revisión por facultativo que consideramos probable que le hubiese monitorizado). Pero es que además, después, de saber el fallecimiento del feto, se le impone pese a la petición del padre de una cesárea, tener un parto natural con un feto muerto (6 horas más en el paritorio) (...) Estimamos que la atención médica fue deshumanizada y no se proporcionaron todos los medios al alcance de la administración para evitar el resultado.

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

- **El Supremo obliga al distribuidor de una prótesis de cadera defectuosa a responder por no identificar a tiempo al fabricante.**

STS nº311/2026, de 25 de febrero, nºrec. 9353/2021.

Un paciente fue intervenido en 2009 con prótesis de cadera metal-metal BHR de la marca Smith & Nephew, que hubo de ser retirada en 2015 por fracaso precoz y niveles elevados de metales, reclamando más de 250.000 euros en demanda contra Smith & Nephew S.A. como responsable del producto.

El Juzgado condenó parcialmente a Smith & Nephew S.A. (40.422,01 euros) aplicando el régimen de productos defectuosos y considerándola responsable como proveedor que no identificó al fabricante en el plazo del art. 138.2 TRLGDCU; la Audiencia Provincial revocó y absolvió a la demandada por entender que carecía de legitimación pasiva al poder identificarse el fabricante a partir de la documentación.

El Tribunal Supremo da la razón al demandante al concluir que la sentencia de apelación incurrió en un error patente al considerar que el fabricante podía ser identificado fácilmente, cuando la documentación aportada mostraba múltiples posibles fabricantes dentro del grupo empresarial, generando confusión.

Además, se constató que el proveedor no cumplió con la obligación legal de informar al perjudicado sobre la identidad del fabricante dentro del plazo de tres meses tras los requerimientos extrajudiciales, manteniendo la confusión y asumiendo de este modo la responsabilidad conforme al artículo 138.2 del TRLGDCU y la Directiva 85/374/CEE.

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

III.- PROFESIONES SANITARIAS

- La Justicia ordena iniciar los trámites para crear el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia en la Comunidad de Madrid.

Comunicación de Poder Judicial.

La Sección Octava de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Madrid ha ordenado iniciar de inmediato al gobierno de la Comunidad de Madrid los trámites para la creación del Registro de Personas Objektoras de Conciencia y la implantación del mismo conforme al protocolo consensuado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en respuesta a la solicitud de medida cautelar planteada por el Ministerio de Sanidad en el procedimiento que se sigue ante el máximo órgano de la Justicia madrileña como consecuencia de la negativa del gobierno regional a elaborar la lista de objetores de conciencia para las interrupciones voluntarias del embarazo.

La resolución judicial precisa expresamente que, aunque la medida cautelar no supone la creación inmediata del registro por parte de la Comunidad de Madrid, sí impone la obligación de iniciar los trámites administrativos necesarios para su elaboración y aprobación, en cumplimiento de la normativa vigente.

La Sala concluye que concurre el riesgo de que la demora en la adopción de medidas permita prolongar indefinidamente el incumplimiento de una obligación legal expresamente establecida en una ley orgánica. Asimismo, considera que el interés público asociado al cumplimiento de la normativa y a la coordinación del Sistema Nacional de Salud justifica la adopción de la medida cautelar solicitada.

El tribunal subraya que el registro previsto en la ley tiene una finalidad organizativa destinada a mejorar la gestión de la prestación sanitaria y a garantizar tanto los derechos de las mujeres como los de los profesionales sanitarios.

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

- Sanidad abre el proceso para actualizar la regulación de las profesiones sanitarias.

Se inicia la Consulta Pública Previa para adaptar la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) al actual sistema de titulaciones universitarias y al marco de cualificaciones vigente.

Más de 20 años después de su aprobación, la norma será revisada para adecuarla a la evolución de las necesidades actuales.

La iniciativa revisará la clasificación de las profesiones sanitarias, sus funciones y la regulación de la formación sanitaria especializada.

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

IV.- FACTURACIÓN

- El seguro de festejos taurinos debe asumir íntegramente la factura, incluido el transporte sanitario.

STSJ de Castilla-La Mancha nº 175/2025, de 1 de diciembre.

La sentencia señala que conforme al artículo 83 de la Ley General de Sanidad, al anexo IX del Real Decreto 1030/2006 y al texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, se puede reclamar a los terceros obligados al pago el coste de la asistencia sanitaria prestada, incluido el transporte sanitario.

En consecuencia, cuando exista un seguro obligatorio o un seguro suscrito para cubrir contingencias derivadas de eventos festivos o espectáculos públicos (en este caso, un festejo taurino), la entidad aseguradora puede venir obligada al abono del importe íntegro de la asistencia, al margen de las relaciones internas derivadas de la póliza que se vayan a entablar entre asegurado y aseguradora, sin perjuicio de las acciones civiles que pudieran corresponder entre ambas partes.

Si el traslado sanitario aéreo estuvo indicado desde el punto de vista médico, como fue el caso, el importe del mismo forma parte de la asistencia sanitaria facturable.

V.- PRESTACIONES SANITARIAS

- La exigencia de diagnóstico de esterilidad por patología ginecológica para acceder a tratamientos de reproducción asistida no es aplicable a mujeres solteras sin pareja masculina.

STSJ de Cataluña nº 3874/2025, de 6 de noviembre, nº rec 3271/2022.

La actora, mujer soltera de 40 años, mutualista funcionaria asegurada en DKV, se sometió a un tratamiento de reproducción asistida mediante inseminación artificial con donante en un centro no incluido en el cuadro médico de la aseguradora, solicitando el reembolso de los gastos ocasionados. La Administración y la aseguradora denegaron la cobertura basándose en la normativa vigente en 2018-2019 que exigía diagnóstico de esterilidad por patología ginecológica, requisito que la actora no podía cumplir por su condición de mujer sin pareja masculina, lo que motivó la interposición de recurso contencioso-administrativo.

El tribunal otorga la razón a la parte actora, considerando que la exigencia de diagnóstico de esterilidad por patología ginecológica para mujeres solteras sin pareja masculina es un requisito de imposible cumplimiento que vulnera el artículo 14 de la Constitución relativo a la igualdad y no discriminación.

Se fundamenta en la interpretación amplia del concepto de esterilidad, y la jurisprudencia consolidada que reconoce el derecho de estas mujeres a acceder a tratamientos de reproducción asistida.

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

VI.- REINTEGRO DE GASTOS SANITARIOS

- Reclamación de gastos de la Mutua de AT/EP al SAS.

STS nº 64/2026, de 27 de enero, nº rec 1416/2024.

D. Juan Ramón causó baja médica por un proceso que inicialmente fue tratado como derivado de accidente de trabajo. La empresa tenía concertadas con FREMAP las contingencias comunes y profesionales. Durante ese periodo, la Mutua le prestó asistencia sanitaria y asumió diversos gastos por medios ajenos, incluyendo consultas médicas, rehabilitación, hospitalización, estancia, manutención, farmacia y traslados, por un importe total de 8.381,24 euros.

Posteriormente, se incoó expediente para determinar la contingencia y el INSS terminó resolviendo que el proceso de incapacidad temporal debía considerarse de carácter común, no profesional. A partir de ahí surgió la controversia sobre quién debía soportar el coste de la asistencia inicialmente prestada por la Mutua: si FREMAP debía asumirla definitivamente o si debía reintegrarla el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

En instancia, el Juzgado de lo Social estimó la demanda y condenó al SAS a abonar a FREMAP la suma de 8.381,24 euros. Esa decisión fue confirmada en suplicación, y frente a esta última resolución, el SAS interpuso recurso de casación para la unificación de doctrina.

El Alto Tribunal señala que cuando una Mutua presta asistencia sanitaria porque inicialmente el proceso aparece como derivado de contingencia profesional, y más tarde se determina que en realidad era una contingencia común, el sistema prevé mecanismos para que el coste de esa asistencia sea reintegrado por quien resulte responsable tras la calificación definitiva. Sin embargo, eso no significa que toda clase de gasto quede automáticamente a cargo del servicio público en cualquier cuantía, sino que el sistema de compensación tiene límites y debe operar conforme a la normativa aplicable.

En el caso en cuestión el Supremo desestima el recurso del SAS porque no concurre la contradicción exigida por el artículo 219 LRJS, y aprecia un defecto técnico de formulación.

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

- Denegación de reintegro de gastos sanitarios.

STSJ de Asturias nº 199/2026, de 10 de febrero, nº rec 1390/2025.

La demandante, formuló demanda frente al SESPA reclamando el reintegro de gastos sanitarios derivados de asistencia recibida en el ámbito privado.

La actora venía presentando patología cervical y lumbar, con seguimiento en la sanidad pública, pruebas diagnósticas y valoración por Neurocirugía. Posteriormente, la demandante acudió a la sanidad privada. En concreto, fue intervenida en el Hospital de Begoña de Gijón por la patología cervical, y además volvió a ser intervenida en noviembre de 2023 por la patología lumbar.

A raíz de esa asistencia privada, presentó una reclamación de reintegro de gastos por un importe total de 21.279,56 euros.

La Sala entiende que la actora no está en una situación que obligara a salir del sistema público en los términos exigidos por la jurisprudencia; valora, entre otras cosas, que la paciente había sido atendida en la sanidad pública, que existía seguimiento clínico, que la cirugía estaba contemplada en el circuito asistencial

público y que no consta una situación súbita o perentoria que hiciera inevitable acudir a la vía privada para evitar un daño vital en el sentido exigible.

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

VII.- DERECHO DEL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

- **Despido disciplinario de auxiliar de farmacia: el uso de grabaciones de cámaras instaladas con fines de seguridad conocidas por la trabajadora es lícito para descubrir infracciones graves.**

STSJ de Andalucía (Granada) nº 220/2026, de 29 de enero, nº rec 428/2025.

La sentencia del TSJ de Andalucía (Sala de lo Social, sede Granada) desestima el recurso de suplicación de la trabajadora Serafina y confirma la procedencia de su despido disciplinario por transgresión de la buena fe contractual y faltas muy graves tipificadas en el convenio de oficinas de farmacia.

Hechos declarados probados en sentencia de instancia y mantenidos por el TSJ:

- Sustracción para uso propio de un test de embarazo y de una caja de Megalevure sin registro en el programa ni abono de su precio.
- Cogió de la caja de primeros auxilios un bote de Flogoprofen, lo sacó para uso personal sin pagar y después devolvió otro bote a la caja.
- Utilización de dinero de la caja para pagar agua, sin reposición del efectivo, y extracción de un billete que guarda para sí, abandonando la farmacia sin instrucciones.
- Venta de Polaramine (medicamento sujeto a receta) a una compañera, registrándolo como venta libre no controlada por stock y enseñándole ese modo de operar.

Aplica la doctrina del TEDH en el asunto López Ribalda II (17.10.2019), admitiendo el uso de grabaciones de cámaras de seguridad instaladas con fines de seguridad y conocidas por la trabajadora es lícito y proporcional para descubrir conductas graves y continuadas de abuso de confianza y hurto en el ámbito laboral, justificando la procedencia del despido disciplinario sin vulnerar el derecho a la intimidad.

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

- El periodo en el que los camilleros de ambulancias permanecen en sus domicilios, pendientes de las llamadas del 112 de emergencias sanitarias, es tiempo de trabajo.

STS nº 1204/2025, de 4 de diciembre, nº rec 3536/2024.

Reclamación formulada por dos trabajadores del sector del transporte sanitario, ambos con categoría de camillero, frente a la empresa para la que prestaban servicios. Reclamaban cantidades en concepto de horas extraordinarias, al considerar que debía computarse como tiempo de trabajo el tiempo durante el cual permanecían en sus domicilios, localizables por teléfono, pendientes de recibir avisos del 112 para atender emergencias sanitarias

Estima la Sala el recurso interpuesto y declara que es tiempo de trabajo el periodo en que los actores se encontraban en su domicilio para prestar los servicios adscritos al sistema de dispositivo de localización, recibiendo las llamadas del 112, para, en su caso, atender las distintas emergencias sanitarias:

“En el caso de autos, los actores durante la prestación de servicios en las modalidades de base 3 o dispositivo de localización, aunque estuvieran en su domicilio, no podían dedicarse a realizar las actividades personales y de ocio que libremente quisieran realizar, ya que tenían que estar pendientes de las llamadas que recibieran de las emergencias sanitarias y, en su caso, atenderlas y acudir al lugar donde procediera. Por lo tanto, se ha de colegir que esos periodos han de considerarse tiempo de trabajo, como declaró la sentencia de contraste que, por ende, es la que contiene la doctrina correcta”.

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

- Denegación a médica del sistema público, dada de alta de oficio en el RETA por su actividad en la sanidad privada, la posibilidad de optar después por la mutualidad.

STSJ de Burgos nº 31/2026, de 13 de febrero, nº rec 15/2025.

La demandante era médica colegiada y, al mismo tiempo, desarrollaba dos actividades profesionales. Por un lado, trabajaba para el Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) como personal estatutario en la especialidad de oftalmología, con una relación de servicio a tiempo completo, aunque disfrutaba de una reducción de jornada del 50 % por guarda legal. Por otro lado, venía prestando servicios para una empresa privada dedicada a actividades de medicina general, con contrato indefinido a tiempo parcial y con la correspondiente compatibilidad administrativa.

La Tesorería General de la Seguridad Social entendió que esa segunda actividad privada no debía mantenerse en el Régimen General, sino que, por aplicación del artículo 305.2.j) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, debía dar lugar al alta en el RETA. Por ello, inició en 2023 un expediente de revisión de

oficio y terminó acordando el alta de oficio en el RETA con efectos de 1 de diciembre de 2019 y la baja en el código de cuenta de cotización de la empresa privada.

Lo que se discute es si la actora podía ejercer posteriormente la opción por la mutualidad profesional una vez que la TGSS ya había tramitado de oficio su alta en el RETA. La disposición adicional decimoctava del TRLGSS, permite, como excepción a la regla general de alta en el RETA, que el profesional pueda optar por incorporarse a una mutualidad de previsión social alternativa.

La Sala considera que la médica no podía formalizar su alta en la mutualidad en marzo de 2024, ya que debió hacerlo en el momento en el que comenzó a compatibilizar su puesto estatutario en SACYL con la actividad privada. Al no haber ejercitado entonces la opción por Mutual Médica, la consecuencia era su inclusión en el RETA a resultas del alta de oficio practicada por la TGSS.

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

VIII.- PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES SANITARIOS

- Cruz Roja. Brecha de seguridad constitutiva de infracción del art. 5 del RGPD, e inexistencia de EIPD.

Expediente N°: EXP202306404.

Una paciente que había seguido tratamiento en la unidad de reproducción asistida de Cruz Roja recibió un correo electrónico en el que se le comunicaba el cambio de gestión del banco de gametos/embriones criopreservados. El problema fue que, por un error en el envío, en esa comunicación figuraban los nombres, apellidos y DNI de otros pacientes, sin relación con la reclamante.

Según explicó Cruz Roja a la AEPD, el envío se hizo mediante un sistema de combinación de documentos Word con una hoja Excel que contenía nombres, DNI y correos electrónicos de pacientes. Una macro generaba un PDF individual para cada persona y lo remitía por correo electrónico. El proceso funcionó correctamente en los primeros 299 envíos, pero a partir del documento número 300 empezó a asociar documentos y destinatarios erróneos. Los correos remitidos no estaban cifrados, pese a que el propio sistema interno de seguridad del hospital exigía proteger por cifrado la información enviada por correo electrónico

Cruz Roja reconoció que se había producido un error técnico y humano durante el envío masivo de las comunicaciones sobre el cambio de titularidad/gestión del banco de gametos criopreservados. Explicó que, tras el incidente, remitió un correo pidiendo disculpas y solicitando la eliminación del archivo adjunto, prohibió internamente este tipo de envíos sin autorización y anunció formación adicional en protección de datos.

En relación con la evaluación de impacto, Cruz Roja sostuvo que no había realizado una EIPD porque el tratamiento de “gestión clínica - reproducción asistida” era anterior a la entrada en vigor del RGPD.

La AEPD considera que los hechos no son una mera incidencia menor de seguridad, sino una auténtica quiebra del principio de integridad y confidencialidad del artículo 5.1.f) RGPD.

La Agencia subraya que el mero hecho de ser destinatario de una comunicación sobre el banco de gametos criopreservados de una unidad de reproducción asistida ya revela información de salud y entra en la categoría especial del artículo 9 RGPD. Esto agrava la valoración del incidente y la cuantía de la sanción.

En segundo lugar, la AEPD aprecia infracción del artículo 35 RGPD por no haber realizado una Evaluación de Impacto en la Protección de Datos. La Agencia rechaza la idea de que los tratamientos iniciados antes del RGPD queden dispensados de esa obligación. Señala que los tratamientos en curso debían adaptarse plenamente al Reglamento desde su aplicabilidad, y que, tratándose de un tratamiento a gran escala de datos de salud de pacientes de reproducción asistida, la EIPD era obligatoria.

La AEPD propone y confirma una multa de 50.000 euros por la infracción del artículo 5.1.f) RGPD y otra de 50.000 euros por la infracción del artículo 35 RGPD, lo que suma 100.000 euros.

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

- Resolución de 4 de marzo de 2026, de la Agencia Española de Protección de Datos, por la que se publican las sanciones superiores a un millón de euros.

Resolución de 4 de marzo de 2026, de la Agencia Española de Protección de Datos, por la que se publican las sanciones superiores a un millón de euros.

De entre la relación de entidades infractoras figura:

IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD, SLU.

- Por la infracción del artículo 9 del RGPD, en relación con el caso concreto, tipificada conforme a lo dispuesto en el artículo 83.5 del RGPD, calificada como muy grave a efectos de prescripción, en el artículo 72.1.e) de la LOPDGDD, una multa administrativa de cuantía: 100.000,00 euros.

- Por la infracción del artículo 6 del RGPD, en relación con el caso concreto, tipificada conforme a lo dispuesto en el artículo 83.5 del RGPD, calificada como muy grave a efectos de prescripción, en el artículo 72.1.b) de la LOPDGDD, una multa administrativa de cuantía: 100.000,00 euros.

- Por la infracción del artículo 25 del RGPD, en relación con el procedimiento, tipificada conforme a lo dispuesto en el artículo 83.4 del RGPD, calificada como grave

a efectos de prescripción, en el artículo 73.d) de la LOPDGDD, una multa administrativa de cuantía: 1.000.000 euros.

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

- Cuestión de interés casacional: si la autorización judicial prevista en la LJCA para entrar en domicilio de un médico con fines de inspección tributaria, puede amparar el acceso a datos sanitarios de pacientes.

ATS nº 2623/2026, de 5 de marzo, nº rec 2485/2025.

La Administración Tributaria solicitó autorización judicial para entrar en el domicilio profesional de un trabajador médico con el fin de inspeccionar documentación y dispositivos informáticos relacionados con su actividad tributaria, incluyendo acceso a datos de pacientes, lo que fue autorizado por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo y confirmado en apelación.

Declarar que la cuestión que presenta interés casacional objetivo para la formación de la jurisprudencia consiste en:

2.1. Determinar si la habilitación contenida en el artículo 8.6 de la LJCA que otorga competencia a los Juzgados de lo Contencioso-administrativo para autorizar la entrada en domicilios y restantes lugares cuyo acceso requiera el consentimiento de su titular debe contar con el rango de Ley Orgánica, y, si dicho artículo 8.6 LJCA respeta el estándar exigible de "calidad de la Ley" en los términos requeridos por la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en interpretación del artículo 8.2 CEDH.

2.2. Aclarar si la autorización judicial prevista en el artículo 8.6 de la LJCA para la entrada y registro en domicilio constitucionalmente protegido puede servir de cobertura habilitante -y, en su caso, con qué alcance y límites- para actuaciones inspectoras que comporten el acceso o examen de información referida a terceros y que puedan integrar categorías especiales de datos personales -en particular datos relativos a la salud- cuando dicha información se encuentre incorporada en soportes físicos o digitales custodiados en un domicilio profesional, y si la eventual insuficiencia de la cobertura legal o de las garantías exigibles puede proyectarse, en su caso, sobre la aplicación de la regla de exclusión de la prueba obtenida con vulneración de derechos fundamentales prevista en el artículo 11.1 de la LOPJ

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

IX.- FARMACIA Y MEDICAMENTO

- La denegación del visado de una vacuna bacteriana individualizada debe basarse en evidencia científica suficiente y dictámenes técnicos administrativos.

STSJ La Rioja nº 348/2025, de 22 de diciembre, nº rec. 172/2024

La recurrente solicitó el visado y financiación de una vacuna sublingual Itai® prescrita a su hijo, que fue denegado por el ISFAS por falta de evidencia científica suficiente y por no considerarse una vacuna bacteriana individualizada conforme a la normativa aplicable

El tribunal desestima el recurso contencioso-administrativo interpuesto por la recurrente, confirmando la resolución administrativa que deniega el visado y financiación de la vacuna sublingual Itai®.

La denegación se basa en dictámenes técnicos administrativos que gozan de presunción de legalidad y acierto, no desvirtuados por prueba pericial judicial con garantías procesales. La recurrente no aportó prueba pericial que contradijera los informes oficiales ni evidencia suficiente para acreditar que la vacuna cumple los requisitos normativos y científicos exigidos.

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

- El nitrógeno líquido suministrado en el contrato de gases medicinales debe considerarse medicamento.

STSJ de Madrid nº 924/2025, de 26 de noviembre, nº rec 525/2022.

La recurrente interpuso recurso contencioso-administrativo contra la Resolución del Tribunal Administrativo de Contratación Pública de la Comunidad de Madrid que anuló los pliegos de licitación para el suministro de gases medicinales, pero desestimó su pretensión de que el nitrógeno líquido no fuera considerado medicamento y que se aplicara un IVA del 21% en lugar del 4%. La recurrente argumentó que el nitrógeno líquido se usa como excipiente y no debe ser considerado medicamento.

El Tribunal declara que no es competente para modificar la calificación sanitaria del producto, que corresponde a la AEMPS, y confirma la aplicación del IVA al 4% conforme a la normativa vigente.

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

X.- CONTRATACIÓN PÚBLICA

- Reclamación de responsabilidad patrimonial por exclusión de proceso de licitación.

STSJ de Madrid nº 308/2025, de 2 de abril, nº rec 539/2022.

NACATUR 2 ESPAÑA, S.L. fue adjudataria de un contrato anterior para el suministro de "Sistemas de administración de suero" al Hospital Universitario Ramón y Cajal, con el producto BDIN0135/A.

En una nueva licitación, la mesa de contratación excluyó a NACATUR 2 por no cumplir las especificaciones técnicas, basándose en un informe técnico emitido por la Subdirección de Enfermería que recogía diversas incidencias graves durante la ejecución del contrato anterior.

Las incidencias documentadas incluyeron problemas como sistemas que se doblaban al pinchar, orificios de salida cerrados, incumplimiento en la entrega de material y la aparición de un insecto en el sistema de administración de suero. Estas incidencias fueron notificadas y gestionadas, incluyendo la retirada y sustitución de productos defectuosos.

NACATUR 2 alegó que las deficiencias imputadas eran mendaces, no contrastadas y que constituían incidencias aisladas dentro del uso habitual del material sanitario. Además, denunció una supuesta vulneración del deber de confidencialidad recogido en el artículo 133 de la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) por el uso de información de un contrato anterior.

La entidad reclamó una indemnización de 10.000 euros por daños morales y reputacionales, solicitando la nulidad o anulabilidad de la resolución de exclusión y la rectificación de la información difamatoria.

La Sala examinó la reclamación bajo la perspectiva de la responsabilidad patrimonial de la Administración, y constató que las incidencias alegadas por la Administración estaban debidamente documentadas y no fueron desvirtuadas. No se apreció infracción del deber de confidencialidad, ya que la información utilizada no constituía secreto técnico o comercial declarado confidencial.

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

- Anulación de adjudicación por incumplimiento de las prescripciones mínimas del PPT.

TACRC Resolución nº 461/2026, de 12 de marzo, nº rec 2066/2025.

La resolución trae causa del recurso especial interpuesto por DRÄGER HISPANIA, S.A.U. contra la adjudicación del contrato de suministro de cuatro ventiladores mecánicos para el servicio de pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Al procedimiento concurren dos licitadoras: DRÄGER y GETINGE GROUP SPAIN, S.L.U.. Tras la valoración de las ofertas, la mesa propuso como adjudicataria a GETINGE.

La recurrente sostuvo que la oferta adjudicataria incumplía varias prescripciones técnicas mínimas del PPT.

El TACRC considera acreditado que la oferta de la adjudicataria no cumplía determinadas exigencias mínimas del PPT. La adjudicataria defendía que algunas de sus soluciones eran equivalentes o incluso superiores.

Sin embargo, el Tribunal rechaza ese planteamiento porque los pliegos no preveían la posibilidad de mejorar o sustituir libremente las prescripciones mínimas:

“Al no preverse en los pliegos la posibilidad de mejorar las prescripciones mínimas del PPT, admitirlas con posterioridad a que las ofertas se han presentado, además de suponer una modificación ‘de facto’ de los pliegos, generaría una clara situación de desigualdad de los licitadores en la presentación de sus ofertas”.

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

XI.- SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- Informe Barómetro Sanitario 2025.

Informe Barómetro Sanitario 2025.

La finalidad del Barómetro Sanitario es conocer la opinión de los ciudadanos y ciudadanas para tomar en consideración sus expectativas, como elemento importante para establecer las prioridades de las políticas de salud.

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

5. BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

DERECHO SANITARIO

- Protección radiológica y Derecho público.

Autores:

Director/a García Pérez, Octavio

Director/a García Magna, Deborah

Director/a Martín Pardo, Antonio

Coordinador/a Avilés Hernández, Elena

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

II.- Formación

GESTIÓN SANITARIA

- XIV Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).

[Fuente: sedisa.net](http://sedisa.net)

-NOTICIAS-

Responsabilidad sanitaria y seguridad del paciente

- La Justicia avala a un médico que se negó a dar una baja a una mujer para «presionar a su jefe».

Fuente: [El Debate](#)

- El consentimiento informado para una cirugía no vale para otra distinta, aunque tengan riesgos similares.

Fuente: [Noticias Jurídicas](#)

- Investigan la muerte de un paciente de Bellvitge que sufrió quemaduras duchándose en el centro.

Fuente: [La Vanguardia](#)

- Indemnizan con 51.708 euros a un paciente de Ourense que perdió la visión de un ojo por "falta de diagnóstico".

Fuente: [Telecinco](#)

- Condenan al SAS a indemnizar con 340.000 euros a una paciente por un error en el diagnóstico en un hospital de Málaga.

Fuente: [Diario Sur](#)

Bioética, aborto, eutanasia y final de vida

- Una joven de Lugo se enfrenta a una multa de mil euros por provocarse un aborto con la ingesta de medicamentos en la semana 27.

Fuente: [ABC](#)

- Cuando el hospital entra en casa de un niño: "Paliativos no es muerte. Para Claudia y nosotros es vida".

Fuente: [El Confidencial](#)

- La Comunidad de Madrid no pregunta a los miembros del comité sobre abortos si son objetores, como obliga la ley.

Fuente: [El País](#)

- Así es el caso de Noelia Castillo, la española de 25 años que ha pedido la eutanasia: del 'sí' del tribunal de Estrasburgo a la oposición de su padre.

Fuente: [El Confidencial](#)

- La eutanasia de Noelia: "La eutanasia es un derecho no un deber".
Fuente: [RTVE](#)

- Tras una batalla judicial, una mujer accede al suicidio asistido en Italia con una máquina creada para ser activada con la mirada.

Fuente: [El País](#)

- Sanidad agilizará la eutanasia en casos urgentes y reforzará el papel de la enfermería.

Fuente: [El País](#)

Protección de datos, intimidad y confidencialidad en salud

- Sancionado un médico en Vigo por entrar en el expediente de un paciente para invitarla "a tomar una caña".

Fuente: [Antena 3](#)

- La salud del presidente: ¿intimidad o control democrático?

Fuente: [El Español](#)

- Una fuga de datos compromete cerca de dos millones de fragmentos de historia clínica.

Fuente: [El Debate](#)

Incapacidad temporal, control médico y relaciones laborales

- El TS lo confirma: las empresas no pueden pedir a los trabajadores certificados adicionales de médicos privados.

Fuente: [El Español](#)

Gestión económico-administrativa del sistema sanitario

- El Servicio Madrileño de Salud ha de abonar a un acreedor la cantidad fija de 40 euros por cada factura reclamada por los suministros a numerosos hospitales.

Fuente: [lustel](#)

Acceso al sistema sanitario y cobertura pública

- El Gobierno aprueba el decreto que garantiza la sanidad pública universal a extranjeros sin residencia legal.

Fuente: [RTVE](#)

Empleo público y régimen del personal

- La Síndica de Greuges choca con la Generalitat por vetar que los interinos vuelvan a presentarse a otra plaza similar.

Fuente: [El Periódico](#)

Protección de profesionales sanitarios y marco sancionador

- Sanciones de 15.000 euros por agredir a un sanitario: las claves de la nueva Ley de Salud de Galicia.

Fuente: [Cadena SER](#)

Salud mental y derecho penal

- Perspectiva médico-legal de la imputabilidad penal en personas con trastornos mentales.

Fuente: [ScienceDirect](#)

Inteligencia artificial y transformación digital en salud

- Aida Suárez (Grupo UAX): "La IA debe ser una herramienta de apoyo, nunca un sustituto del juicio clínico".

Fuente: [El Confidencial](#)

-BIOETICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

- **Eutanasia y Salud Mental: desafíos éticos, clínicos y jurídicos de un debate abierto.**

Juan Alejandro Martínez Navarro

El presente estudio examina los complejos desafíos éticos y jurídicos asociados a la inclusión de los trastornos mentales como causa habilitante para la eutanasia en España. La Sentencia del Tribunal Constitucional 19/2023, de 22 de marzo, excluye de manera explícita los trastornos mentales de los supuestos que permiten acceder a esta prestación, restringiendo el derecho a morir exclusivamente a enfermedades somáticas incurables. Esta decisión ha suscitado un intenso debate sobre la equidad en el acceso a la eutanasia y el derecho a la autodeterminación de los pacientes que padecen condiciones psiquiátricas severas. Desde una perspectiva jurídica, el estudio indaga en los retos inherentes a la evaluación de la capacidad de decisión de estos pacientes. Asimismo, se ofrece una breve aproximación comparativa con la legislación de otros países europeos que han permitido la eutanasia en contextos de trastornos mentales. Finalmente, se analiza la situación futura de la eutanasia en España desde la perspectiva jurídica.

[Fuente: cepc.gob.es](https://cepc.gob.es)

- **El Consejo de Europa aprueba un nuevo plan estratégico sobre derechos humanos en biomedicina y en la atención sanitaria para 2026-2030.**

El Consejo de Europa ha aprobado un nuevo plan estratégico sobre derechos humanos en biomedicina y en la atención sanitaria para 2026-2030, estableciendo un marco progresista para proteger la dignidad humana, los derechos fundamentales y los principios éticos en un contexto de rápidos cambios biomédicos y tecnológicos.

El plan se asienta en cuatro pilares:

Salvaguardia – El plan se centra en reforzar la aplicación del Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina (Convenio de Oviedo) y sus protocolos adicionales, promoviendo un enfoque basado en los derechos humanos en la atención sanitaria y mejorando el acceso igualitario a la atención sanitaria como un derecho fundamental.

Adaptación – El Consejo de Europa revisará los instrumentos jurídicos existentes para mantenerlos relevantes en un panorama biomédico en constante evolución, y para

incluir principios como la autonomía, la privacidad y la integridad personal en la gobernanza digital de la atención sanitaria.

Anticipación – El plan destaca la importancia del análisis prospectivo para identificar retos éticos y de derechos humanos emergentes relacionados con los rápidos cambios tecnológicos y sociales.

Compromiso – El Consejo de Europa tiene previsto garantizar el compromiso de diversos actores y profundizar en la cooperación en asuntos biomédicos tanto interna como internacionalmente, a la vez que se fomenta el debate público sobre las innovaciones y la salud.

Basándose en el plan 2020-2025, la nueva hoja de ruta promueve un enfoque interseccional y se alinea con los compromisos que tomó el Consejo de Europa en la Declaración de Reikiavik de 2023. También destaca la necesidad de construir resiliencia contra la desinformación y otras amenazas a la integridad democrática en el sector sanitario. En este contexto, el Consejo de Europa priorizará la alfabetización sanitaria y la creación de una coalición de Estados miembros en este ámbito.

El nuevo plan se ha desarrollado mediante consultas con instituciones de derechos humanos, órganos éticos nacionales, expertos universitarios, políticos, la sociedad civil y con la participación de un miembro del Consejo Asesor sobre Juventud, garantizando que se incluyan las perspectivas de los jóvenes.

Fuente: coe.int

- **VII Jornadas de Salud Mental y Derecho. "Medidas no voluntarias en materia de salud mental: humanización y respuesta de los tribunales".**

El jueves 19 de febrero de 2026, tuvieron lugar las VII Jornadas de Salud Mental y Derecho, organizadas en el marco del acuerdo entre el PID2023-153228NB-I00: Nuevas vulnerabilidades: equilibrios y desequilibrios en el ordenamiento jurídico-privado (IIPP Sofía de Salas Murillo y M^a Victoria Mayor del Hoyo) y el Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental, que en esta edición llevaban por título “Medidas no voluntarias en materia de salud mental: humanización y respuesta de los tribunales”.

Inauguradas por Antonio García Gómez, decano en funciones de la Facultad, intervinieron en la presentación, Alfonso Cérdan Ibáñez, Presidente del Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental, y Sofía de Salas Murillo, IP1 del citado proyecto. La primera de las ponencias fue a cargo de Julio Banacloche Palao, catedrático de Derecho Procesal de la Universidad Complutense de Madrid y vocal permanente de la Sección Quinta de la Comisión General de Codificación, que habló sobre el Presente y futuro de los internamientos no voluntarios a la luz del art. 763 LEC. A continuación, intervino José Fernández Iglesias, asesor jurídico del Fórum, con una ponencia en la que se analizó el estado de la cuestión y las respuestas de los tribunales respecto a la adopción de medidas involuntarias. La tercera ponencia corrió a cargo de Alejandro Pérez Esteban, psiquiatra clínico en la Fundación Hospitalaria Zaragoza y forense, que habló de las medidas involuntarias en pacientes de salud

mental desde una perspectiva clínica. Tras un interesante debate posterior entre los tres ponentes, Alfonso Cerdán Ibáñez (presidente del Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental) presentó el libro “Humanización de las medidas involuntarias en pacientes de salud mental tras la Convención de los derechos de las personas con discapacidad” de M^a Jesús Germán Urdiola, José Fernández Iglesias y Ana Carmen Duarte Germán.

Las jornadas contaron, al igual que en anteriores ediciones, con una nutrida asistencia de profesionales relacionados con este ámbito y de profesores e investigadores de la universidad.

[Fuente: derecho.unizar.es](http://derecho.unizar.es)

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA

I.- Bibliografía

BIOETICA

- La ética y el derecho ante la biomedicina del futuro.
Cátedra interuniversitaria Fundación BBVA - Diputación Foral de Bizkaia de Derecho y Genoma Humano.

Carlos María Romeo Casabona

[Fuente: books.google.es](https://books.google.es)

II.- Formación

BIOETICA

- Sesión “*Gobernanza algorítmica en salud digital: hacia el respeto a la autonomía*”, a cargo de Paula Subías Beltrán.

Fecha: 21 de abril de 2026.

[Fuente: bioeticayderecho.ub.edu](http://bioeticayderecho.ub.edu)

-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