



SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA.

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 246 junio 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.- INICIATIVA LEGISLATIVA.....	5
II.- PROYECTOS REGLAMENTARIOS	5
III.- LEGISLACIÓN COMUNITARIA.....	5
IV.- LEGISLACIÓN ESTATAL	5
V.- LEGISLACIÓN AUTONOMICA	6

2.- TRIBUNA.

EUTANASIA. LA LEGITIMACIÓN DE FAMILIARES PARA IMPUGNAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR A RAÍZ DE LA STS 690/2026:

I. COMENTARIOS A LA SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO: PLENO, SALA TERCERA, MAYO DE 2026.	11
---	--------------------

Por: Javier Sánchez Caro.

Presidente del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha.

II. EUTANASIA. TERCER LEGITIMADO. UNA BRECHA ABIERTA PARA EL ABUSO DE DERECHO Y EL FRAUDE DE LEY.	17
--	--------------------

Francesc José María Sánchez.

Vicepresidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de Cataluña.

Vocal del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña.

Director General del Consorcio de Salud y Social de Cataluña.

III. A PROPÓSITO DE LA SENTENCIA DE LA SALA DE LO CONTENCIOSO - ADMINISTRATIVO DEL TRIBUNAL SUPREMO Nº 690/2026.	19
---	--------------------

Raúl Canabal Berlanga.

Médico.

Vocal Comité de Bioética de Castilla - La Mancha.

3.- SENTENCIA PARA DEBATE.

I. EL SUPREMO RECONOCE LEGITIMACIÓN A LOS FAMILIARES PARA IMPUGNAR LA AUTORIZACIÓN DE EUTANASIA SI SE ACREDITA UN VÍNCULO AFECTIVO ESTRECHO E INDICIOS DE INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS LEGALES.

[25](#)

Por: Vicente Lomas Hernández.
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica. SESCAM.
Vocal de la Junta Directiva de la Asociación de Juristas de la Salud.

II. ASISTENCIA SANITARIA A INMIGRANTE QUE EN EL MOMENTO DE RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA NO ACREDITA DOCUMENTALMENTE SU DERECHO A LA ASISTENCIA. SENTENCIA NÚM. 804/2026 DE 29 DE JUNIO N° DE REC. 7247/2024 Y SU APLICACIÓN TRAS LA APROBACIÓN DEL RD 180/2026.

[28](#)

Por: Vicente Lomas Hernández.
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica. SESCAM.
Vocal de la Junta Directiva de la Asociación de Juristas de la Salud.

4.- LEGISLACIÓN COMENTADA.

I. LEY 3/2026, DE 29 DE JUNIO, DE LA GENERALITAT, DE MEDIDAS URGENTES FRENTE A LA HIPERREGULACIÓN, LA AGILIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y LA GARANTÍA DE LA UNIDAD DE MERCADO.

[32](#)

II. LEY 4/2026, DE 11 DE JUNIO, DE MEDIDAS URGENTES PARA ACELERAR PROYECTOS ESTRATÉGICOS QUE CONTRIBUYAN A LA TRANSFORMACIÓN ECONÓMICA DE LAS ILLES BALEARS Y DE OTRAS MEDIDAS DE SIMPLIFICACIÓN Y RACIONALIZACIÓN ADMINISTRATIVAS.

[33](#)

III. LEY 2/2026, DE 4 DE JUNIO, SOBRE INFRACCIONES Y SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS Y DEMÁS PERSONAL DE LA RED SANITARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA DE LA REGIÓN DE MURCIA, EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.

[34](#)

Por: Vicente Lomas Hernández.
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica. SESCAM.
Vocal de la Junta Directiva de la Asociación de Juristas de la Salud.

5.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.

[37](#)

6.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.

[70](#)

-NOTICIAS-

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

[72](#)

-BIOÉTICA y SANIDAD-

1.- CUESTIONES DE INTERÉS.

[75](#)

2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.

[76](#)

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I. INICIATIVA LEGISLATIVA

- Proposición de Ley 122/000233 sobre programa de cribado neonatal del Sistema Nacional de Salud. Tramitación por el procedimiento de urgencia.

congreso.es

- Proyecto de Ley 121/000098 de las Organizaciones de Pacientes.

congreso.es

II. PROYECTOS REGLAMENTARIOS

- Proyecto de Real Decreto por el que se regula el procedimiento de financiación y fijación de precios de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud.

sanidad.gob.es

III. LEGISLACIÓN COMUNITARIA

- Decisión de Ejecución (UE) 2026/1231 de la Comisión, de 11 de junio de 2026, por la que se modifica la Decisión de Ejecución (UE) 2021/1182 en lo que respecta a las normas armonizadas para la evaluación biológica de productos sanitarios, los símbolos a utilizar en las etiquetas, el etiquetado y la información a suministrar de los productos sanitarios, los equipos electromédicos, los equipos de transfusión para uso médico, la óptica oftálmica, los implantes quirúrgicos no activos, las lavadoras desinfectadoras, las prótesis y la protección contra heridas punzantes..

boe.es

IV. LEGISLACIÓN ESTATAL

- Real Decreto 468/2026, de 10 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.

boe.es

- Real Decreto 467/2026, de 10 de junio, por el que se regulan la devolución y destrucción de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y de medicamentos estupefacientes por las oficinas y servicios de farmacia.

boe.es

- Orden PJC/564/2026, de 4 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Intensiva, que incluye los criterios de evaluación de sus especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las unidades docentes de Medicina Intensiva.

boe.es

V. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.

VALENCIA

- Resolución de 17 de junio de 2026, del Secretariado Autonómico de Planificación, Información y Transformación Digital, por la que se crea la oficina funcional del proyecto de historia clínica única del Sistema Valenciano de Salud.

dogv.es

BALEARES

- Ley 4/2026, de 11 de junio, de medidas urgentes para acelerar proyectos estratégicos que contribuyan a la transformación económica de las Illes Balears y de otras medidas de simplificación y racionalización administrativas.

boib.es

- Decreto 14/2026, de 29 de mayo, por el cual se modifica el Decreto 79/2023, de 22 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica básica del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

boib.es

- Resolución del director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares por la que se establecen los requisitos y se dictan las normas para facilitar la prestación farmacéutica a los médicos jubilados que hayan prestado servicios en el Servicio de Salud de las Islas Baleares.

boib.es

EXTREMADURA

- Resolución de 12 de junio de 2026, de la Dirección Gerencia, por la que se desarrolla la estructura de los órganos de los Servicios Centrales del organismo y se aprueba la relación de puestos de carácter directivo de los mismos.

doe.es

GALICIA

- Decreto 47/2026, de 1 de junio, por el que se modifica el Decreto 145/2024, de 20 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud.

dog.es

- Orden de 11 de junio de 2026 por la que se crea el Consejo Técnico Asesor de los programas de detección precoz de cáncer en la Comunidad Autónoma de Galicia y se establecen su composición, organización y funcionamiento.

dog.es

MADRID

- Acuerdo de 24 de junio de 2026, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueban los estatutos de la fundación pública sanitaria “Hospital Universitario Fundación Alcorcón”.

bocm.es

CATALUÑA

- Acuerdo GOV/153/2026, de 30 de junio, por el que se prorroga el Acuerdo GOV/118/2014, de 5 de agosto, por el que se declara de interés público el desarrollo de otro puesto de trabajo de carácter asistencial en determinados ámbitos del sector público por parte del personal titulado en enfermería.
- dogc.es
- Orden SLT/98/2026, de 1 de junio, por la que se aprueba el Programa de actuaciones estacionales del Servicio Catalán de la Salud para coordinar las diferentes redes asistenciales en relación con el tratamiento de determinados tipos de pacientes durante el periodo 2025-2026.

dogc.es

- Resolución SLT/2058/2026, de 22 de junio, por la que se aprueba el Programa para la promoción y el desarrollo de la inteligencia artificial en el sistema de salud de Cataluña (Programa Salud/IA) para los años 2026-2028.

dogc.es

ASTURIAS

- Decreto 34/2026, de 18 de mayo, por el que se regula el Comité de Supervisión Ética, Normativa y de Innovación en Inteligencia Artificial de Asturias (Comité SENDIA).

bopa.es

- Decreto 43/2026, de 8 de junio, de cuarta modificación del Decreto 87/2009, de 29 de julio, por el que se establecen los precios públicos a aplicar por el Servicio de Salud del Principado de Asturias por la prestación de servicios sanitarios.

bopa.es

PAÍS VASCO

- Orden de 21 de mayo de 2026, del consejero de Salud, por la que se actualiza, en cuanto al número de vocales y su composición nominal, el Consejo Asesor de Cuidados Paliativos.

bopv.es

ANDALUCÍA

- Decreto 102/2026, de 17 de junio, por el que se regula la organización y el funcionamiento de los órganos colegiados de coordinación y participación de la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

boja.es

- Resolución de 5 de junio de 2026, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, para la ampliación de las indicaciones para los Sistemas de Monitorización de la Glucosa en la Cartera de Servicios del SSPA.

boja.es

MURCIA

- Ley 2/2026, de 4 de junio, sobre infracciones y sanciones administrativas en materia de agresiones a profesionales sanitarios y demás personal de la red sanitaria de utilización pública de la Región de Murcia, en el ejercicio de sus funciones.

borm.es

- Orden de 17 de junio de 2026 de la Consejería de Salud, por la que se establecen los precios públicos a aplicar por el Servicio Murciano de Salud por la prestación de servicios sanitarios y por el suministro de productos hemoderivados.

borm.es

- Resolución de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se crea la bolsa de trabajo de la categoría de Facultativo Especialista, opción Laboratorio Clínico, se suprimen las bolsas de la categoría de Facultativo Especialista, opciones Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica y se integran los aspirantes de dichas bolsas en la nueva bolsa de Facultativo Especialista, opción de Laboratorio Clínico.

borm.es

CASTILLA LA MANCHA

- Decreto 32/2026, de 16 de junio, por el que se modifica el Decreto 105/2023, de 25 de julio, de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad.

docm.es

CASTILLA Y LEÓN

- Decreto 20/2026, de 29 de junio, por el que se modifica el Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud.

bocyl.es

NAVARRA

- Decreto Foral 32/2026, de 3 de junio, por el que se modifica el Decreto Foral 24/2014, de 19 de febrero, por el que se establecen los servicios y actividades

cuya prestación o realización por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos faculta para la exigencia de precios públicos.

bon.es

- Resolución 703/2026, de 11 de junio, del director gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se establecen los precios públicos por los servicios prestados por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

bon.es

CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA

- Decreto nº 264, de fecha 16 de junio de 2026, relativa aprobación definitiva del Reglamento de Autorización y Registro de Desfibriladores Automáticos y Semiautomáticos en la Ciudad Autónoma de Melilla.

bome.es

2. TRIBUNA.

EUTANASIA: LA LEGITIMACIÓN DE FAMILIARES PARA IMPUGNAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

I. COMENTARIOS A LA SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO: PLENO, SALA TERCERA, MAYO DE 2026.

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

1.- Introducción

El Tribunal Supremo (TS) admite que un pariente cercano puede recurrir la aplicación de la eutanasia, aunque el paciente que la haya solicitado tenga plena capacidad para decidir sobre su propia muerte, acreditada conforme al protocolo correspondiente, y reúna, además, todos los demás requisitos establecidos en la ley. La expresión que utiliza el alto tribunal es la de *personas con una vinculación particularmente estrecha* con el solicitante y obvio es constatar que, al recurrir la autorización de la Comisión de Garantías, produce la paralización del procedimiento al tratarse de la ayuda morir.

En el caso (EL PAIS, 22 de mayo), el solicitante de 54 años, pidió la eutanasia en julio de 2024 para acabar con el sufrimiento que le provocaban las graves secuelas de dos infartos y cuatro ictus que había sufrido, obteniendo sendos informes favorables del médico que había asumido la solicitud y del especialista correspondiente y ajeno al enfermo. Posteriormente obtuvo el pronunciamiento favorable de la Comisión de Garantías, órgano interdisciplinar compuesto por médicos, juristas y expertos en bioética, que, como es sabido, es el encargado de verificar el cumplimiento de los correspondientes requisitos.

Conviene dejar constancia de que nuestra ley (LO 3/2021) es hasta la fecha la más garantista de las existentes en los diferentes países que han admitido esta figura jurídica. Con ánimo innovador, digno de alabanza por la seguridad que establece y la dignidad que proyecta sobre los solicitantes, regula, insistimos por primera vez en este ámbito, lo que muy bien puede llamarse “el Control previo”, a través de la citada Comisión y a diferencia de los países pioneros (Países Bajos, Bélgica) en los que los informes médicos bastan para poner en funcionamiento todo el proceso.

A pesar de que en un principio esta innovación fue recibida con reticencias en el campo de la doctrina, puede decirse que en la actualidad es reconocida como una cláusula de salvaguarda de los derechos de los pacientes solicitantes. Cabe añadir, por nuestra parte, que la trascendencia de la decisión así lo exige y que constituye, además, fuente de inspiración para otras regulaciones en diferentes países.

Según los hechos probados de la sentencia, la persona que solicitó la ayuda para morir se llevaba mal con su padre, vivía solo y pidió que no se notificara su decisión

a ninguno de los familiares. A pesar de ello, su padre recurrió la autorización alegando que su hijo sufría problemas de salud mental, por lo que no estaba en condiciones de solicitar la decisión, argumentando, además, que, con el tratamiento adecuado, podría sobrellevar los dolores y la discapacidad.

La juez de instancia rechazó el recurso alegando la autonomía personal del enfermo, pero el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña revocó la decisión por considerar que *los padres pueden tener un interés legítimo, aun cuando no resulten titulares del derecho a la vida ajena. Se trata de un interés propio que, incluso, puede entrar en colisión con las preferencias, en este caso, del hijo*. La Generalitat recurrió esta decisión y el TS ha establecido la cláusula que ahora se comenta.

Se trata, pues, de un asunto de carácter bioético-legal, lo que exige dividir este comentario en dos partes, aunque a veces se encuentren inextricablemente unidos.

2.- La cuestión fundamentalmente bioética

La doctrina establecida por el TS limita y menoscaba, según nuestro criterio, el principio bioético de autonomía, tal y como se ha formulado por la teoría principialista y se ha recogido *ad nauseam* por la ley de autonomía del paciente (2002), los posteriores desarrollos en las CC. AA y la ley orgánica reguladora de la eutanasia (2021).

Las personas deben ser tratadas como entes autónomos y solo debe efectuarse la protección adecuada en el caso de que su autonomía este disminuida. Una persona autónoma puede, en consecuencia, deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Como subrayó el Informe Belmont (1978), respetar la autonomía es dar valor a las elecciones y opiniones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones a menos que estas produzcan un claro perjuicio a otros. Por el contrario, mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negarle la libertad de actuar según tales criterios o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para hacerlo.

Por supuesto que el grado de autonomía exigible en el caso que se contempla debe ser el máximo posible, dada la trascendencia del acto, pero tal aspecto se ha contemplado con la rigurosidad correspondiente en el proceso de la ayuda a morir. Consúltese, a este respecto, el “Anexo III. Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho”, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud, en cumplimiento del artículo 5.2. de la ley (página Web del Ministerio). En dicho documento, se explica cómo debe valorarse la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable, la entrevista clínica, las herramientas de apoyo, la interconsulta al profesional sanitario experto y el papel del médico consultor.

Cuando todos los medios enumerados han funcionado correctamente ¿Cómo se puede dar crédito a la opinión de un tercero que afirma, contra el criterio científico especializado, que el paciente carece de la capacidad mental adecuada? ¿Acaso hay un medio mejor de dictaminarlo? ¿Puede sustituirse la voluntad declarada y

contrastada por el criterio de otras personas *con una vinculación particularmente estrecha*? ¿No supone admitir esta legitimación tercera desconocer el trabajo de los expertos en su campo? ¿Hasta dónde se puede llegar al admitir esta inmisión en el proceso establecido? ¿Por qué no utilizar este criterio en el caso del aborto? ¿O en otros, como el divorcio o al contraer matrimonio?

La fórmula establecida puede convertirse en un instrumento errático y de carácter discriminatorio en los supuestos en los que no haya *personas con una vinculación particularmente estrecha*. En tal caso, la decisión no encontrará obstáculos para ser llevada a efecto. ¿Puede el alto tribunal establecer este tipo de distinciones al fijar la doctrina legal? ¿Cómo encontrar la diferencia entre la interpretación de las normas, que corresponde a jueces y tribunales, y la fijación de las leyes que corresponde al poder legislativo?

El paso previo más importante para afianzar el devenir de la autonomía se había dado mucho antes de la ley reguladora de la eutanasia. Se formuló con claridad y de manera rotunda en la ley de autonomía del paciente, que otorgó a la persona, entre otros derechos, el de renunciar al tratamiento en cualquier caso o situación, no condicionando su libre decisión a la existencia de un riesgo que llegara a comprometer su vida o implicara su fallecimiento, lo que se tradujo en la posibilidad del rechazo de tratamientos salvadores o en la solicitud de retirada del soporte vital (artículo 2.4. ley 41/2002). ¿Hay alguna diferencia sustancial con el caso que ahora comentamos? ¿Por qué entonces, y en su aplicación, no se ha seguido el criterio que se formula ahora?

Todavía hay un argumento más para sostener la libre voluntad de la persona en este ámbito cuando ha sido acreditada su capacidad plena, pues en el marco filosófico y bioético se puede acudir a una de las formas bajo las que puede actuar la intimidad (de ella nos ocupamos en su día: *El médico y la intimidad*, 2001). En particular, de las tres formas en las que puede aparecer la intimidad (personal, corporal o física, informativa y decisoria) es la que la relaciona con la toma de las propias decisiones la que nos puede servir, al hilo de la formulación en EE.UU. Esta suerte de intimidad significa que la persona tiene capacidad para tomar sus propias decisiones y actuar de acuerdo con ellas, libre de interferencias de todo tipo. O, dicho de otro modo, que puede tomar decisiones sobre los asuntos personales e íntimos que constituyen su vida privada, por lo que esta intimidad se ha definido como el control sobre los aspectos íntimos de la identidad personal: por ejemplo, la sexualidad, la reproducción, el matrimonio, la familia, el aborto, la contracepción o la eutanasia.

Esta forma de entender la intimidad llevó en España a la Asociación Derecho a Morir Dignamente a formular su testamento vital en estos términos: “Considerando que el trascurso hacia la muerte forma parte de lo más íntimo del ser humano y que nadie puede expropiarme lo que constituye la expresión máxima de mi derecho a la intimidad como persona adulta, jurídicamente capaz, ciudadano libre en un pueblo libre”.

Todo ello, claro está, sin entrar ahora en los problemas que plantea esta acepción de la intimidad en su diferenciación con la libertad o la autonomía en nuestro Derecho.

3.-La cuestión fundamentalmente jurídica

Hemos visto hasta ahora lo bioético (unido fuertemente a lo legal). A continuación, vamos a analizar lo jurídico-técnico, alejado de otros aspectos, considerado exclusivamente en este ámbito, pero contemplado en la sentencia anotada. Bajo esta perspectiva, son dos las cuestiones que a nuestro juicio deben ser examinadas: la legitimación para recurrir y la consideración de la clausula del TS como un concepto jurídico indeterminado.

3.1. La legitimación para recurrir

Este tipo de legitimación, conocida como legitimación en causa o legitimación procesal, es la consideración especial en que tiene la ley a las personas que se hayan en una determinada relación con el objeto del proceso, y en virtud de la cual requiere y exige, para la que la pretensión procesal pueda ser examinada o recurrida, que sean esas personas la que pongan en marcha el mecanismo procesal correspondiente.

Los criterios en virtud de los cuales se defiende la legitimación son fundamentalmente dos: el primero, como es lógico, en virtud de la titularidad activa o pasiva de la relación jurídica deducida en el proceso. Por ejemplo, en nuestro caso, el solicitante de la ayuda para morir es el único legitimado para poner en marcha el procedimiento previsto en la ley y, en principio, caso de no ser reconocido su derecho, el único llamado a recurrir la resolución correspondiente. La cuestión planteada en el caso surge porque un tercero, su padre, cree tener legitimación para recurrir la resolución cuando se ha otorgado el derecho al hijo y el TS lo ha reconocido como tal bajo la fórmula que ya sabemos.

Es verdad que, por construcción jurisprudencial, más que por declaración legal, se legitima para recurrir (apelar) al tercero que pueda acreditar un interés jurídico en la eliminación y sustitución de la resolución recurrida, cuando le pueda venir provecho o daño jurídico. Pero tal supuesto, absolutamente excepcional, ha de ser interpretado de un modo extraordinariamente limitado y riguroso, sobre todo en el caso de ejercicio de derechos personalísimos, como sucede en el caso de la eutanasia, en los que puede dudarse razonablemente de su posible aplicación.

En segundo lugar, además del supuesto ya visto de la titularidad activa o pasiva, existen otros casos de legitimación indirecta que permiten recurrir: la representación voluntaria o apoderamiento y la sustitución procesal.

En el primer supuesto, como es conocido, la conducta jurídica del apoderado se configura como conducta jurídica del poderdante, no planteando problemas en cuanto representación procesal, salvo las propias de este campo, que ahora nos son ajenas (suficiencia del poder, bastanteo),

En el segundo, se consideran legitimadas para actuar a personas que, sin ser titulares de la relación jurídica impugnada, pueden, no obstante, en nombre propio y no en nombre ajeno como el representante, realizar válidamente actos procesales. De este modo, el sustituto defiende intereses que pertenecen a quien no quiere o no

puede hacerlos valer, por ejemplo, por inacción o negligencia, protegiendo al mismo tiempo, con ello, un interés propio. En suma, se trata de saber si esta figura jurídica es aplicable al caso.

La jurisdicción competente para resolver el asunto es la contencioso-administrativa, por lo que a ella hay que acudir para determinar la legitimación activa de un tercero, siendo la cuestión decisiva si ese tercero ostenta un derecho o interés legítimo (arts-19. LJCA y 4 de la ley de procedimiento común, ley 19/2015).

De la citada regla, solo se excluyen los actos personalísimos si se entiende que el acto solo afecta a la esfera jurídica del destinatario, por lo que, en el caso comentado, la solución queda pendiente de esta cuestión interpretativa.

La solución del TS (Pleno, Sala Tercera, mayo de 2026), como ya sabemos, consiste en reconocer la legitimación activa a una persona *con una vinculación particularmente estrecha con el solicitante*, en nuestro caso a un padre que recurrió la autorización concedida a su hijo adulto con plena capacidad. Ahora bien, de esta jurisprudencia no se desprende que los padres puedan sustituir la voluntad del hijo ni decidir por él. Lo que el TS parece admitir es que se pueda cuestionar judicialmente determinados aspectos: la correcta aplicación del procedimiento legal, la valoración de la capacidad de decisión del solicitante y, en general, la existencia de los requisitos exigidos por la ley. Esto es, de ningún modo que el padre tenga un derecho propio a impedir la eutanasia por discrepar de la decisión del hijo.

Vistas, así las cosas, la objeción que se puede formular es doble: por un lado, basta recordar el carácter eminentemente garantista que se atribuye a la ley; por otro, la dificultad, rayana en la imposibilidad, de compatibilizar la naturaleza personalísima del derecho fundamental a la autodeterminación del paciente (art-4 de la ley) con la legitimación que se reconoce a un tercero. En el primer caso, el TS, al establecer esta doctrina, niega, según nuestro juicio, suficiencia garantista al procedimiento y requisitos establecidos por el legislador, obviando, además, la posible intervención del Ministerio Fiscal como garante de la ley. En el segundo, olvida que el Tribunal Constitucional (TC en sentencia 19/2023), al establecer en su resolución la autodeterminación del paciente, no parece admitir que los terceros puedan paralizar o cuestionar jurídicamente el ejercicio de ese derecho cuando, como es el caso, el solicitante es mayor de edad y plenamente capaz. Dicho de otro modo, cabe dudar si la doctrina del TS sobre la legitimación de familiares u otras personas con vinculación particularmente estrecha es coherente con la formulada por el Tribunal Constitucional.

No se puede olvidar que la STC delimita el llamado “derecho de autodeterminación” “para decidir de manera libre, informada y consciente el modo y momento de morir en situaciones medicamente contrastadas de enfermedades terminales o gravemente incapacitantes ; configura la “prestación de ayuda para morir “como derecho público subjetivo individual de configuración legal y de carácter prestacional y vincula dicho derecho ,directamente, con el derecho a la integridad física y moral, el derecho a no sufrir tratos inhumanos ni degradantes y con el derecho a la vida privada en el marco del artículo 8 del Convenio Europeo de los Derechos Humanos.

Es verdad que el TC no aborda la cuestión de la legitimación activa, pero razonablemente se puede dudar, al formular el derecho de autodeterminación en los términos en que lo hace, que pueda lesionarse su aplicación por la formulación dada por el TS.

3.2.- La cláusula de TS como “concepto jurídico indeterminado”

Se esté o no conforme con la doctrina legal establecida por el pleno de la Sala Tercera del TS, y nosotros hemos formulado las objeciones correspondientes, la cláusula *vinculación particularmente estrecha con el solicitante* es un concepto jurídico indeterminado de acuerdo con la doctrina y la jurisprudencia en el marco del Derecho administrativo, figura jurídica introducida ya hace tiempo por el profesor García de Enterría, con quién tuve el honor de colaborar y a quién el Ministerio solicitó el dictamen sobre el proyecto de la Ley de Cohesión y Calidad en el que trabajamos varios funcionarios a solicitud de la Dirección General correspondiente.

En síntesis, un concepto jurídico indeterminado es un término utilizado cuyo contenido no está definido de forma precisa, por lo que requiere una valoración e interpretación para su aplicación al caso concreto, por ejemplo, “buena fe”, “interés público” o “urgencia”.

La doctrina clásica, García de Enterría, los define por oposición a los conceptos determinados: mientras estos tienen un contenido perfectamente delimitado, los conceptos jurídicos indeterminados necesitan concreción mediante la interpretación jurídica. En suma, requieren valorar las circunstancias, aunque exista una única solución jurídicamente para el caso concreto.

Se distinguen también de las potestades discrecionales, en las que la Administración puede elegir legítimamente entre varias soluciones igualmente válidas. En cambio, en los conceptos jurídicos indeterminados, su aplicación es una aplicación de pura legalidad. Por eso mismo, la jurisprudencia entiende que no atribuyen una libertad de decisión a la Administración, sino que exigen determinar cuál es la solución correcta conforme a Derecho y el Tribunal Constitucional admite su utilización siempre que pueda concretarse mediante criterios objetivos y sean compatibles con los principios de seguridad jurídica y prohibición de la arbitrariedad.

Todo lo expuesto se entiende, claro está, con independencia del necesario acatamiento a la doctrina del TS, mientras no se modifique por los cauces establecidos: la variación de su doctrina por el propio TS o la modificación por el parlamento.

II. EUTANASIA. TERCER LEGITIMADO. UNA BRECHA ABIERTA PARA EL ABUSO DE DERECHO Y EL FRAUDE DE LEY.

Francesc José María Sánchez.

Vicepresidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de Cataluña.

Vocal del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña.

Director General del Consorcio de Salud y Social de Cataluña.

El Pleno de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo compuesta por 32 magistrados y magistradas, en su Sentencia núm. 690/2026, de 3 de junio, con el voto particular discrepante del Magistrado José Manuel Bandrés Sánchez Cruzat, al que se han adherido otros siete magistrados, ha sentado doctrina sobre la legitimación activa (*legitimatio ad causam*) para impugnar resoluciones favorables al acceso a la prestación de ayuda a morir de las Comisiones de Garantía y Evaluación.

El Tribunal Supremo, tras un prolijo análisis de la jurisprudencia de la propia Sala, del Tribunal Constitucional y del Tribunal Europeo de Derecho Humanos. Desestima el recurso de casación interpuesto por el abogado de la Generalitat de Cataluña contra la Sentencia núm. 1187/2025, de 1 de abril, dictada por la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJ de Cataluña.

El Tribunal Constitucional no cerró el paso a que las resoluciones de las CGE que informan favorablemente la prestación de ayuda a morir, eventualmente, pudieran ser impugnadas, puesto que, según su interpretación, no podían quedar exentas de control judicial por imperativo del artículo 106 CE y estableció que la legitimación activa corresponde al Ministerio Fiscal y a quién ostente legitimidad en los términos del artículo 19.1.a) de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, es decir, quien acredite un interés legítimo.

De la legitimación institucional del Ministerio Público nadie duda, tampoco el Magistrado que emite su voto particular aunque este defiende que con carácter exclusivo, en su función de defensa de la legalidad y de los derechos de los ciudadanos que le otorga su estatuto orgánico.

La cuestión que resuelve con su doctrina el TS, inadecuadamente a mi criterio, es cual es el alcance del interés legitimador para que terceros puedan impugnar esas resoluciones favorables y si está justificada esa injerencia en el ejercicio de un derecho fundamental personalísimo de naturaleza prestacional como es el derecho a la autodeterminación de la propia muerte en situaciones médicamente contrastadas, el denominado contexto eutanásico (sufrimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave incurable), para evitar un sufrimiento intolerable para quien lo padece e incompatible con su concepto de dignidad personal.

Para no aburrir al lector, la sentencia es extensa -66 páginas, con el voto particular 93 - iré directamente al meollo de la cuestión.

Para la Sala *“La legitimación del tercero exige, así, la concurrencia de dos requisitos acumulativos: la proximidad afectiva acreditada con el solicitante y la*

aportación de un indicio de prueba razonable del incumplimiento de las garantías legales”. (pág. 60, tercer párrafo).

La doctrina casacional de la Sala que se declara en el Fundamento de Derecho Noveno apartado C), en síntesis es la siguiente:

- i. El recurrente tiene la carga de expresar en que consiste su interés legítimo y aportar un principio de prueba en su escrito de demanda.
- ii. La relación o vínculo entre el impugnante y la persona solicitante de la prestación ha de ser de carácter afectivo estrecho. El vínculo familiar no basta aunque es un indicio.
- iii. La acreditación del vínculo particularmente estrecho es insuficiente, por sí sola. Para reconocer la legitimación, el recurrente debe aportar además indicio de prueba razonable de que la resolución impugnada no observó las garantías y exigencias establecidas por la LORE.

Así pues, *habemus doctrina*, aunque no la compartamos. En adelante los juzgados y tribunales de lo contencioso administrativo se deberán regir por la misma a pesar que se basa en conceptos jurídicos indeterminados como “vínculo afectivo particularmente estrecho” o “indicios razonables”, que pueden dar pie a múltiples y distintas interpretaciones de los juzgadores que deberán emitir su juicio sobre la estrechez del vínculo i la razonabilidad de los indicios.

He titulado ese artículo aduciendo que la doctrina del TS ha abierto una puerta al abuso e derecho y fraude de ley, no solo porque otorgar a terceros presuntamente legitimados la posibilidad de ejercer una acción impugnatoria suponga una desnaturalización del derecho a morir dignamente.

Si nos atendemos al caso enjuiciado, con las actuales normas procesales en vigor y la lentitud crónica del funcionamiento de nuestro aparato judicial, el resultado no deja de ser preocupante: solo para discutir la legitimidad impugnatoria del padre de la persona que obtuvo una resolución favorable de la CGE de Cataluña han transcurrido 23 meses y ahora deberá empezar un nuevo peregrinaje, más bien calvario, judicial para resolver el fondo del asunto.

Tanto la Sala como el Magistrado que emite su voto particular son conscientes de esta preocupante realidad y se pronuncian de *lege ferenda* por una reforma de la LJCA, con carácter urgente, para revisar los plazos de tramitación del procedimiento de protección de los derechos fundamentales, cuando se trate de demandas contra las resoluciones favorables de las CGE.

Con el aval judicial cobra sentido la proposición de ley emanada del Parlamento de Catalunya de modificación de algunas disposiciones procesales en relación al derecho a morir dignamente que recientemente fue presentada a la Mesa del Congreso de los Diputados, que afectaba tanto a la LORE como a la LJCA con el objeto de configurar un procedimiento sumario de carácter preferente para acortar los plazos y limitar las instancias judiciales a una sola atribuyendo la competencia para conocer de esas impugnaciones, en única instancia sin posibilidad de recurso, a los Tribunales Superiores de Justicia de cada Comunidad Autónoma.

Esperemos de la sensibilidad del legislador que no se demore la reforma planteada y percibida como una necesidad por nuestro Alto Tribunal, para cerrar la brecha que ha quedado abierta para el fraude de ley y el abuso de derecho y que en el futuro ningún acreedor de la prestación de ayuda a morir tenga que prolongar su sufrimiento por cuestiones procesales.

Barcelona, 27 de junio de 2026

III. A PROPÓSITO DE LA SENTENCIA DE LA SALA DE LO CONTENCIOSO - ADMINISTRATIVO DEL TRIBUNAL SUPREMO Nº 690/2026.

Raúl Canabal Berlanga.
Médico.

Vocal Comité de Bioética de Castilla - La Mancha

Dicha sentencia, desestimatoria, emitida en relación con el recurso de casación interpuesto por la administración catalana en contra de la legitimación activa de quien afirma ser titular de un interés legítimo propio para impugnar una resolución favorable a la aplicación de la eutanasia a otra persona allegada al mismo, ha avivado un debate que, aunque no aparenta ser generalizado en la sociedad, si lo es en los ámbitos tanto de lo jurídico como de lo bioético, y más aún en las asociaciones y colectivos que defienden o critican la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. En relación, y a propósito de dicha sentencia se elabora el presente artículo de opinión.

Sirva como premisa inicial, y fundamental, que el que suscribe no es un profesional experto en el derecho o en el ámbito jurídico del debate, sino un médico con inquietudes y formación bioética que alega bajo un prisma fundamentalmente bioético. Aun así, y sin profundizar necesariamente en ellos, se comentarán algunos aspectos que inevitablemente entran dentro del campo de lo jurídico. Intentaré enfrentarme a ellos haciendo referencia a conceptos generales que no contengan en sí mismos contradicciones o inexactitudes manifiestas. Mis argumentaciones, por tanto, serán fundamentalmente bioéticas.

Y lo bioético, lamentablemente, no siempre tiene relación con lo jurídico. Cabría pensar que una ley, promovida por el legislador bajo el impulso del consenso social y que busca el bien común (además del individual), debería ser necesariamente una ley moral. A efectos de neutralidad doctrinal consideraré la moral como la *doctrina del obrar humano que pretende regular el comportamiento individual y colectivo en relación con el bien y el mal y los deberes que implican* (diccionario de la REAL en su 23ª edición). Según la opinión de muchos, la *ley de Eutanasia* presenta ciertas incertidumbres morales que el hecho de ser promulgada por el legislador, no apaga. Ciertamente, en su momento fue elaborada y promulgada sin el consenso de gran parte de la sociedad y, sin duda, sin el de los profesionales encargados de aplicarla. Aquí cabría mencionar, a modo de ejemplo muy significativo, que dicha ley sigue contradiciendo lo contemplado históricamente en el código deontológico de la

profesión médica, que en su artículo 38.4 del actual manifiesta que “el médico no deberá provocar ni colaborar intencionadamente en la muerte del paciente”. En efecto, la muerte intencional del paciente nunca ha sido, y difícilmente puede llegar a ser, un acto médico. La moral de la profesión médica, de 25 siglos de evolución, (porque, sí, las cosas pueden evolucionar, sin duda...) no puede ser modificada de la noche a la mañana, a golpe de Boletín Oficial del Estado. Muchas veces, y en este sentido, me he preguntado si no sería mejor garantizar dicha “prestación” pero fuera de la profesión médica. A sí pues, y concluyendo este apartado, entiendo que una ley en vigor, y pese a que lo esté y en ocasiones “fabrique” nuevos derechos, no es sinónimo de que sea moral y correcta desde un análisis bioético. No, la legalidad no imprime rango de moralidad.

Sin dejar de tener relación con lo anterior, no puedo dejar de hacer una crítica a la consideración de la eutanasia dentro de aquellos derechos denominados personalísimos y que hunden su fundamento en la dignidad de las personas. En su dimensión ontológica, dignidad (*dignitas*) hace referencia a lo que es estimado o considerado por sí mismo, no derivado de otro. Es pues, un valor inherente al ser humano, por el simple hecho de serlo. No es otorgado ni arrebatado por nadie. Es lo que le confiere la calidad de alguien, en lugar de algo. Por ello, no depende de la edad, del sexo, de la etnia o raza, de la religión, de la situación social o económica, pero tampoco de la dualidad salud y enfermedad. En contra de los mensajes eufemísticos que calan en la sociedad, una persona nunca pierde su dignidad en la muerte y lo que puede tener es una mala o una buena muerte (sabemos que realmente ese es el significado del término eutanasia). Y la búsqueda de la buena muerte la hacemos y defendemos todos: Una buena muerte podría ser morir de causa natural, rodeado del apoyo y cariño de los seres queridos, eliminando en lo posible el dolor y el sufrimiento, sin manipulaciones médicas innecesarias, aceptando la muerte con serenidad, con la asistencia médica y enfermera precisa y con apoyo espiritual si se desea.

Al igual que la dignidad, y porque derivan de ella, los derechos personalísimos son innatos, inherentes al ser humano, vitalicios, inalienables, imprescriptibles y absolutos. Hablamos del derecho a la vida, a la integridad, a la salud, a la identidad e imagen, a la intimidad, a la libertad. El derecho a la muerte me parece un oxímoron que me sigue rechinando el entendimiento. Suena a derecho apócrifo. Más que el derecho, tenemos el deber de morir; algún día. El derecho a elegir el momento de la muerte no ha existido nunca y, a más, se ha perseguido históricamente tanto desde el ámbito jurídico como desde la medicina. Y aún hoy en día seguimos ingresando en instituciones cerradas o en hospitales, en contra de su voluntad, a aquellas personas que tienen ideaciones, y en ocasiones, certezas meditadas de autolisis o intentos de suicidio. ¿En qué quedamos? No me parece que podamos hablar de un derecho personalísimo en estas circunstancias y, más allá del propio sentido jurídico, tampoco el eufemismo en este caso me parece logrado, pues es una decisión que tiene unas consecuencias terribles; sin duda en lo personal, pero también en lo familiar y lo social. Posteriormente profundizaré en ello.

Cuando el individuo toma una decisión de autolisis y esta se ejecuta, al desaparecer la vida con ésta desaparecen también los derechos personalísimos y las posibilidades de arrepentimiento o cambio de opinión. Los que nos hemos dedicado durante varios

decenios a la atención de la salud y la enfermedad sabemos que las personas cambian de opinión y, en ocasiones, a una firme decisión profundamente meditada se sigue una duda posterior y un cambio de parecer al concurrir determinadas nuevas variables que, muchas veces, para el observador son absolutamente inadvertidas y muchas veces incomprensibles. Todos rechazaríamos de plano un consentimiento informado que no incluyese el pertinente apartado de su revocación. La misma Ley de Autonomía del Paciente, en el apartado 5 de su artículo 8 manifiesta que *el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento*. Y la ostensible afirmación de que ello pueda ser realizado *en cualquier momento* es incompatible con la eutanasia: El momento posterior, ya no existe.

Desde la ética de las consecuencias el acto moral de *mitigar el sufrimiento* de las personas, muy loable y aceptado por todos, puede ser buscado con medios morales que incluyen el cuidado y la atención médica (aquí podrían incluirse los cuidados paliativos pero, vistas determinadas causas de petición de eutanasia en pacientes no terminales o sin enfermedades graves e incurables, también deberían ser incluidos el resto de cuidados y apoyos de salud mental, de recursos de cuidado, económicos, etc.). En contraposición, el acto moral de *suprimir el sufrimiento* solo es posible bajo el medio moral de la muerte del paciente. El canon moral de nuestra civilización, y bajo una formulación Kantiana, ha venido considerando el deber de obrar de tal modo que usemos a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin en sí mismo y nunca solamente como un medio. Confundir fines con medios, sobre todo si estos son terribles e irreversibles, ha sido uno de los grandes errores históricos de la humanidad. El siglo XX está lleno de ejemplos de ello y la bioética, en buena medida, nació por ello.

Todo el edificio bioético de la eutanasia se sustenta en, por una parte, la decisión autónoma del solicitante y, por otra, en la empatía y compasión de la sociedad hacia él y sus circunstancias vitales. Nuevamente limitando la terminología a lo contemplado en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (porque en otros órdenes cabrían mil interpretaciones distintas) entendemos la empatía como la *capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos* y la compasión como *el sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien*. Ambos términos, humanos y absolutamente morales desde un punto de vista general, tienen resquicios fundamentalmente relacionados con la distancia emocional entre la sociedad y el sufriente. Esa compasión y empatía pueden tener ciertamente un frío y distante origen y estar basadas más en la lucha ideológica que en el auténtico afecto emocional, anclado éste habitualmente en una profunda relación biográfica y/o familiar. Ciertamente, observamos en muchas ocasiones que las peleas ideológicas tienden a apropiarse del sufrimiento de los individuos, más como un medio que como un fin. Al final, y acabado el foco de atención, otras empresas ocupan su lugar y el individuo y su sufrimiento quedan olvidados. De nuevo, la utilización del individuo como un medio, más que como un fin en sí mismo. La dignidad de la persona, de nuevo, mercantilizada.

Y hablo finalmente, y profundizo un poco más, en el aspecto nuclear de la decisión de solicitud de la eutanasia: La decisión autónoma. La bioética principialista, sin duda, se sustenta en unas bases morales reales aportando, por tanto, una

metodología de deliberación muy importante y básicamente pragmática. No obstante, en ocasiones parece que ha acaparado la razón moral y que, en cierto modo, opaca la riqueza de los mil matices que suelen acompañar a los conflictos morales. La decisión autónoma nunca ha sido, y difícilmente puede ser un principio absoluto. Los principios de No Maleficencia y de Justicia (o, lo que es lo mismo, la No Maleficencia en lo social) son universales, forman parte de lo que denominamos la ética de mínimos. Se fundamentan en el principio kantiano de universalidad: Nunca, pero nunca, está bien hacer daño a las personas. No hay excepciones. Forman parte de la ética del deber, de lo correcto, son exigibles coercitivamente. Sin embargo, la Autonomía como principio bioético se sustenta en el principio de particularización, forma parte de la ética de máximos, depende en buena medida del principio de valores del individuo. Es decir, la Autonomía no es un principio universal, tiene límites. Así es; yo no puedo decidir todo lo que quiera o esté bajo mi particular moral.

Sabemos que hay una limitación que conocemos como capacidad, que marca la posibilidad legal de que un individuo pueda tomar decisiones autónomas. La mayoría de edad sanitaria o la ausencia de incapacitación habitualmente son circunstancias suficientes para que un individuo esté habilitado para tomar decisiones autónomas. Y aún así, la consideración del menor maduro aporta en muchas situaciones matices que complican sobremanera el consentimiento por representación. La capacidad de hecho, o competencia cognitiva es más difícilmente evaluable, pues se trata de un hecho dinámico que depende de la propia evolución cognitiva de las personas o de la concurrencia de enfermedad. En el caso de la eutanasia, son especialmente significativas la consideración de su aplicación por representación (no contemplada en la actualidad, aunque al tiempo...) o en personas con enfermedades en el ámbito de la salud mental, lo cual aporta un grado de incertidumbre suficientemente significativo como para considerarla una competencia cognitiva, al menos, de riesgo.

Cabe considerar, sobre todo en contraposición con la bioética de las consecuencias mencionada previamente que no hay valoraciones cognitivas que científicamente se consideren por sí, concluyentes, infalibles o plenamente objetivas. Se alegará el garantismo que la ley ofrece, si bien este garantismo tampoco puede obtener el grado de infalibilidad que la consecuencia de la decisión pudiera precisar. Tras importantes estudios, los propios autores de las herramientas de valoración de competencia de uso mayoritario, como puede ser la MacCAT-T, ya consideraban que no existía una prueba capaz de discernir de forma plenamente objetiva, indiscutible o concluyente que una persona es o no competente.

En todo caso, si asumimos que la persona es autónoma para la toma de decisiones (es capaz y competente), tiene igualmente unas limitaciones para tomar decisiones y que marcan, sobre todo, la verdadera autonomía de la voluntad.

Las personas tienen que tomar las decisiones con información adaptada y suficiente para que comprendan en toda su dimensión la decisión que toman (ventajas, inconvenientes, consecuencias, alternativas...). En el caso de la eutanasia, cobra especial interés el componente de alternativas, pues éstas en muchas ocasiones son inexistentes o manifiestamente ineficaces.

Pero las personas capaces, competentes y bien informadas también necesitan tomar decisiones de una manera libre y sin coacciones. Ya he comentado que la inexistencia de alternativas (contempladas legalmente, pero no disponibles realmente para las personas) supone una coacción de facto para muchas personas que pueden considerar la eutanasia como la única salida que les queda (más tenebroso es que sea la propia sociedad la que solo les presente o fomente esa salida). En efecto, salidas alternativas como los cuidados paliativos de calidad, las medidas de apoyo en el cuidado físico, en la salud mental o incluso en el ámbito económico no se encuentran habitualmente entre el ramillete de opciones que la persona tiene a su disposición para tomar decisiones acerca de su futuro. Relacionado con lo previo, conocida es la consideración para muchas personas de la eutanasia como una salida aparentemente necesaria para solventar situaciones familiares de sobrecarga.

Como límites infranqueables a una verdadera decisión autónoma estaría, sin duda, que ésta atente a la libertad o seguridad de terceras personas. Dejo aparte, si bien no es menos importante, que la eutanasia condiciona que alguien te tiene que matar o ayudar activamente a hacerlo y que, además, esa persona es un médico o personal sanitario. Previamente comentaba la compleja justificación deontológica de este nuevo y artificial “acto médico”.

La sentencia 690/2026 viene a apoyar la legitimación activa de quien afirma ser titular de un interés legítimo propio para impugnar una resolución favorable a la aplicación de la eutanasia a otra persona allegada al mismo. Esa legitimación hunde sus raíces en lo más profundo de las relaciones y emociones humanas. La antropología ha estudiado ampliamente las relaciones humanas a través de la evolución de la humanidad. Dentro de ello siempre se ha considerado a la familia y al grupo como la institución social más importante para asegurar la continuidad de la vida individual y colectiva. En la familia se desarrollan las relaciones de solidaridad, de cuidado, de parentesco. La persona se constituye en un ser individual y social; y todas las decisiones colectivas afectan al individuo y, recíprocamente, todas las decisiones individuales pueden repercutir sobre el grupo o la propia sociedad. Hallazgos arqueológicos en nuestros más antiguos predecesores demuestran que el cuidado familiar y grupal aseguraba la supervivencia de los más vulnerables, incluso perjudicando pragmáticamente al colectivo. A más, los hallazgos en enterramientos muestran que ese cuidado continuaba tras la muerte, lo que traduce la incuestionable existencia de profundos lazos afectivos, la existencia de una memoria colectiva y también la persistencia del cuidado simbólico más allá de la existencia biológica. Toda esta red emocional y del cuidado no ha cambiado en la evolución del ser humano. Si bien, desde finales del siglo XX hasta el tiempo actual el individualismo ha crecido y ello tiene evidentes elementos positivos en autonomía personal y crecimiento individual, es innegable que su exacerbación también tiene amenazas y esas amenazas inciden en un mayor riesgo de aislamiento, soledad y desarraigo.

En las últimas décadas se han desarrollado estudios que pretenden estudiar el efecto de la eutanasia en el entorno del individuo. En muchos de ellos, y de manera general, se concluye que, si bien la eutanasia puede mejorar la aceptación grupal de la muerte y su duelo, ello ocurriría en aquellos grupos en los que existía un consenso

intelectual y emocional sobre la solicitud y su aplicación. Por el contrario, en aquellos grupos sociales o familiares en los que había discrepancia, se observaban tasas elevadas de trastorno de estrés postraumático, fractura y división familiar irreversibles, así como sentimientos persistentes de culpa.

También se observan datos que orientan a que el “entorno eutanásico favorable” es aquel que trasciende de la relación médico-paciente e incluye a la familia.

En todos estos sentidos cabe comprender que personas íntimamente relacionadas con el solicitante de la eutanasia, si tienen algo que alegar y que ello pueda ofrecer un aspecto no considerado en el proceso, lo puedan hacer como un componente más de las garantías que entiendo necesita una decisión tan humanamente extrema e irreversible.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA RECOMENDADA

- Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1998). *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)*. Professional Resource Press.
- Scheeres-Feitsma TM, van Laarhoven, AJJMK, de Vries R, Schaafsma P, van der Steen JT. Family involvement in euthanasia or Physician Assisted Suicide and dementia: A systematic review. *Alzheimer's Dement.* 2023; 19:3688-3700. <https://doi.org/10.1002/alz.13094>
- Francés Vañó L., Sanchís-López A. & Arce-Recatalá C. Comparative legal and bioethical perspectives on euthanasia and assisted suicide: a systematic review of european frameworks. *BMC Med Ethics* (2026). <https://doi.org/10.1186/s12910-026-01410-w>
- Gere C (2024) Euthanasia and Its Emotional Ripple: Understanding Caregiver and Family Reactions. *J Palliat Care Med* 14: 686.
- Bernadette Roest, Margo Trappenburg and Carlo Leget. The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Medical Ethics* (2019) 20:23 <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0361-2>.
- Stajduhar KI, Davies B (2005) Variations in and factors influencing family members' decisions for palliative home care. *Palliat Med* 19: 21-32.
- Roest B, Milota M, Leget C. Navegando la vida cuando la muerte de un ser querido (la eutanasia) está cerca: Un estudio de entrevistas narrativas de los Países Bajos. 1 de agosto de 2025; 20(8):e0327917. doi: 10.1371/journal.pone.0327917. PMID: 40748865; PMCID: PMC12316235.
- Roest, B., Trappenburg, M. & Leget, C. La implicación de la familia en la práctica holandesa de la eutanasia y el suicidio asistido por un médico: una revisión sistemática de estudios mixtos. *BMC Med Ethics* 20, 23 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0361-2>
- Serota K, Buchman DZ, Atkinson M. Mapeo Discordancia MAiD: Un análisis cualitativo de los factores que complican el duelo por MAiD en Canadá. *Qual Health Res.* 2024 febrero; 34(3):195-204. doi: 10.1177/10497323231208540. Epub 2023 16 de noviembre. PMID: 37972933; PMCID: PMC10768327.

3. SENTENCIA PARA DEBATE

I. EL SUPREMO RECONOCE LEGITIMACIÓN A LOS FAMILIARES PARA IMPUGNAR LA AUTORIZACIÓN DE EUTANASIA SI SE ACREDITA UN VÍNCULO AFECTIVO ESTRECHO E INDICIOS DE INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS LEGALES.

STS 690/2026, de 3 de junio. Recurso de casación 4557/2025

El 13 de mayo de 2024, un paciente mayor de edad solicitó la prestación de ayuda para morir, que fue finalmente autorizada por la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña por concurrir los requisitos y condiciones legales para recibir dicha prestación.

Sin embargo, el padre del solicitante interpuso un recurso contencioso-administrativo contra esa resolución favorable. Su impugnación no se basaba únicamente en su desacuerdo con la decisión de su hijo, sino en que la Administración no habría comprobado adecuadamente su capacidad de entendimiento y el carácter libre y consciente de su voluntad.

El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 5 de Barcelona inadmitió el recurso por falta de legitimación. El Juzgado consideró que el padre carecía de un interés legítimo porque en el expediente constaba que no mantenía una buena relación con su hijo, el solicitante vivía solo, no había querido que el procedimiento se comunicara a familiares o allegados, y el padre no había intervenido en el procedimiento administrativo.

El padre y el Ministerio Fiscal recurrieron en apelación.

El Tribunal Superior de Justicia de Cataluña revocó la inadmisión y ordenó que el procedimiento continuara, decisión que fue recurrida en casación por la Administración catalana. La STSJ de Cataluña 1187/2025 ya fue objeto de comentario en el nº 237 del Boletín de Derecho Sanitario y Bioética del Sescam, resolución que se pronunciaba sobre la tensión entre la protección del derecho a la vida y el respeto a la decisión autónoma de una persona mayor de edad capaz:

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

En la STS el alto tribunal, que no decide si la prestación debía concederse ni si concurrían todos los requisitos exigidos por la Ley Orgánica 3/2021, se muestra partidario de permitir que los familiares puedan impugnar las resoluciones favorables a la prestación de ayuda para morir, en este caso, el padre. Para ello, resulta preciso que concurren dos requisitos, la existencia de una relación afectiva estrecha, e indicios que puedan haberse incumplido las garantías legales:

“Acreditar el interés legítimo del artículo 19.1.a) de la LJCA , vinculado a la impugnación de una resolución de la Comisión de Garantía y Evaluación

competente, con decisión favorable a la prestación de la ayuda a morir prevista por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, constituye una carga para el recurrente, que le exige, al tiempo de la presentación de la demanda, no solo afirmar que lo ostenta con carácter propio y cualificado, sino también expresar en qué consiste el mismo y justificar su existencia, así como aportar los elementos de hecho que ofrezcan, al menos, un principio de prueba sobre la relación o vinculación del recurrente con el solicitante de la prestación.

2. La relación o vínculo entre recurrente y solicitante de la prestación, habrá de ser de carácter afectivo estrecho, avalorar por el órgano judicial conforme a los criterios establecidos en esta sentencia, sin perjuicio de cualesquiera otros, relacionados con aquéllos, que sean alegados por el recurrente. La constatación de un vínculo familiar estrecho (padres, hijos, cónyuge o pareja de hecho) es un indicio racional, que habrá de ser tenido en cuenta, también, para valorar el nivel e intensidad del afecto y la relación emocional entre el recurrente y el solicitante de la prestación, sin que por sí solo pueda servir para acreditar dicha relación".

3. La acreditación del vínculo afectivo no basta, por sí sola, para reconocer la legitimación; el recurrente habrá de aportar, además, un indicio de prueba razonable, sustentado en elementos de hecho concretos y susceptibles de verificación, de que la resolución favorable pudo dictarse sin la observancia de las garantías y exigencias establecidas por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, sin que basten afirmaciones genéricas, sospechas o conjeturas ni la mera discrepancia con la decisión del solicitante; ambos requisitos, tienen carácter acumulativo."

A partir de las anteriores consideraciones, trasladadas al caso en cuestión, el TS desestima el recurso de casación de la Generalitat. El padre no cuestionaba simplemente la oportunidad o el acierto personal de la decisión de su hijo, sino la comprobación de su capacidad, entendimiento y voluntad libre y consciente para decidir sobre la administración de la eutanasia; además, mientras el expediente reflejaba que el hijo vivía solo y mantenía una mala relación con su padre, éste había aportado un certificado colectivo de empadronamiento y había solicitado prueba para acreditar la convivencia, a lo que había que añadir que el Ministerio Fiscal había promovido también un procedimiento civil de provisión de medidas judiciales de apoyo respecto del solicitante, acompañado de informes sociales y médico-forenses:

"El recurrente (padre) fundamentó su interés legítimo en la afirmación de ser titular de un derecho a exigir del Estado que velara por las personas vulnerables y en su condición de padre del solicitante de la prestación. A la luz de cuanto ha quedado expuesto, concurren indiciariamente, a los efectos del juicio de admisibilidad, los dos requisitos acumulativos establecidos en esta sentencia. De una parte, el vínculo familiar directo entre padre e hijo, indicio racional de la proximidad afectiva, corroborado por la convivencia y la preocupación de aquel por este que refleja el procedimiento de medidas de apoyo antes reseñado, y por el empadronamiento de ambos en un mismo domicilio que resulta de la documental admitida en la apelación. De otra, el indicio de prueba razonable de la infracción de las garantías legales: las dudas sobre la capacidad del solicitante para la toma de

decisiones y para entender y expresar su voluntad, sustentadas en el informe médico forense, afectan al presupuesto nuclear del sistema de garantías de la LORE, la voluntad libre, informada y persistente. La invocación del deber del Estado de proteger la vida de las personas vulnerables no opera aquí en abstracto: aparece anudada a la alegación de un posible incumplimiento de las garantías legales, sustentada en aquel indicio de prueba razonable, que es lo que le confiere virtualidad legitimadora conforme a la doctrina del TEDH antes expuesta (sentencia Mortier c. Bélgica, por todas).”.

VOTO PARTICULAR.

La sentencia incorpora un voto particular formulado por el magistrado José Manuel Bandrés Sánchez-Cruzat, al que se adhieren siete magistrados, por considerar que debía estimarse el recurso de la Generalitat y mantenerse la inadmisión del recurso presentado por el padre.

El voto particular parte de la premisa de que una muerte digna es un derecho personalísimo inherente a todo ser humano. Y como tal derecho subjetivo es intransferible e indisponible por el Estado o por terceros, de modo que su ejercicio corresponde exclusivamente a la persona que, reuniendo los requisitos legales, decide libremente poner fin a su vida en un contexto eutanásico.

El voto particular entiende que, para evitar impugnaciones abusivas o contrarias a la voluntad del paciente, debería atribuirse al Ministerio Fiscal la legitimación exclusiva para recurrir las resoluciones favorables:

“Para reducir o evitar la judicialización del derecho a una muerte digna, así como para impedir procesos entablados en abuso de derecho o fraude de Ley, con efectos adversos a la voluntad del paciente que solicita la prestación de ayuda para morir, considero que el Ministerio Fiscal, al que el artículo 124 de la Constitución encomienda la misión de promover la acción de la justicia en defensa de la legalidad y de los derechos de los ciudadanos, debería ser, de lege ferenda, la institución legitimada, con carácter exclusivo, para entablar acciones ante los tribunales de lo contencioso-administrativo contra las resoluciones de la Comisión de Garantía y Evaluación que informaran favorablemente las solicitudes de prestación de ayuda para morir, con el objeto de velar por la preservación de las garantías procedimentales, así como garantizar la efectividad de la decisión libremente adoptada por el solicitante de dicha prestación, lo que exigiría la modificación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, y de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en tal sentido que permitan corregir los déficits de técnica legislativa observados en la aplicación práctica de la mencionada Ley Orgánica”.

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

II. ASISTENCIA SANITARIA A INMIGRANTE QUE EN EL MOMENTO DE RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA NO ACREDITA DOCUMENTALMENTE SU DERECHO A LA ASISTENCIA.

STS nº 804/2026 de 29 de junio, nº rec.7247/2024 y su aplicación tras la aprobación del RD 180/2026.

- OBJETO DEL RECURSO DE CASACIÓN.

“La respuesta a la cuestión de interés casacional apreciada en el auto de admisión determina que debemos resolver si las personas extranjeras que, hallándose en territorio español no se encuentran registradas ni autorizadas como residentes en España, tienen derecho a recibir asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, aunque no hayan acreditado en el momento de recibirla el cumplimiento de los requisitos legalmente exigidos (mediante la presentación de la correspondiente solicitud acompañada de los documentos que acreditan el cumplimiento de los requisitos del artículo 3 ter apartado 2 letras a), b) y c) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) para que dicha asistencia sea prestada con cargo a fondos públicos.”

- HECHOS

El caso se refería a una mujer de nacionalidad mexicana que había entrado en España en julio de 2018 con un visado de estudios. El visado caducó el 28 de junio de 2019 y no consta que regularizara nuevamente su residencia hasta marzo de 2022.

Entre el 5 de marzo y el 17 de abril de 2020, recibió asistencia sanitaria en el Hospital Universitario La Paz. El hospital le facturó 6.409 euros por los servicios prestados.

La interesada recurrió la factura.

Durante la tramitación de la reclamación, el INSS certificó que, en esas fechas, no constaba de alta en la Base de Datos de Aseguramiento Sanitario, y que no tenía reconocido el derecho a la asistencia sanitaria con cargo al sistema público.

Tampoco constaba que hubiera presentado una solicitud para obtener el documento que acreditaba ese derecho —el denominado DASE en la Comunidad de Madrid— ni antes ni después de recibir aquella asistencia.

- EL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MADRID

- Anuló la factura.
- La falta de solicitud previa del documento acreditativo no podía justificar, por sí sola, la facturación.

- LO QUE DICE EL TRIBUNAL SUPREMO:

Distingue entre dos cuestiones diferentes:

1. El derecho de una persona extranjera en situación irregular a recibir asistencia sanitaria, que el Tribunal Supremo reconoce en todo caso.
2. El derecho a que esa asistencia sea financiada con fondos públicos, que exige acreditar previamente el cumplimiento de determinados requisitos legales.

En el presente caso, como ya queda dicho, la extranjera no llegó a presentar ninguna solicitud.

El Alto Tribunal, concluye:

“«Las personas extranjeras que, hallándose en territorio español, no se encuentran registradas ni autorizadas como residentes en España, tienen derecho a recibir asistencia sanitaria en todo caso. Sin embargo, la que reciban será con cargo a fondos públicos, solamente, en aquellos casos en que se haya acreditado, en el momento de recibirla, el cumplimiento de los requisitos legalmente exigidos, mediante la presentación de la solicitud correspondiente, acompañada de los documentos que acrediten el cumplimiento de tales requisitos, que se contienen en el artículo 3 ter apartado 2, letras a), b) y c) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo , de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud»

Avala, por tanto, la facturación realizada por el Hospital.

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

NOTA: la STS enjuicia hechos acaecidos CON ANTERIORIDAD A LA ENTRADA EN VIGOR DEL RD 180/2026.

- EL MOMENTO ACTUAL CONFORME AL 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

- La STS dice que la acreditación de los requisitos debe ser previa o simultánea a la asistencia para que esta sea con cargo a fondos públicos.

El RD 180/2026 establece:

“Los servicios sanitarios y sociales deberán informar y asistir, en la medida de lo posible, en la tramitación y deberán garantizar que, desde la primera atención que se preste a la persona interesada, ésta tenga la posibilidad efectiva de iniciar el procedimiento de acreditación del derecho previsto en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, en el propio centro. Asimismo, el procedimiento deberá

iniciarse de oficio cuando, por la naturaleza de la atención sanitaria, la persona estuviera impedida de hacerlo.”

- A su vez, para tener cobertura sanitaria con cargo a fondos públicos, basta con presentar la declaración responsable:

“Para obtener el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a cargo de fondos públicos, las personas solicitantes deberán aportar la declaración responsable sobre los requisitos del artículo 3 ter.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, establecida en el anexo de este real decreto ante las administraciones competentes en las unidades de tramitación habilitadas a tal efecto de las comunidades autónomas e Instituto Nacional de Gestión”

- La mera presentación de la solicitud en ese mismo momento, a través de una sencilla declaración responsable, permite cobertura sanitaria pública de forma provisional, ya que a la vez se le hará entrega del documento provisional:

“En el momento de presentación de la solicitud, se entregará a la persona solicitante un documento provisional acreditativo de que su solicitud ha sido presentada, con independencia de los posteriores requerimientos de la documentación que se pudieran realizar. Este documento provisional acreditativo de la presentación de la solicitud permitirá, con carácter provisional hasta que el expediente se resuelva, el acceso a asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos”

- El artículo 3.5 del Real Decreto, recordemos no aplicable en la fecha de los hechos enjuiciados, introduce una regla singular en cuanto a la facturación:

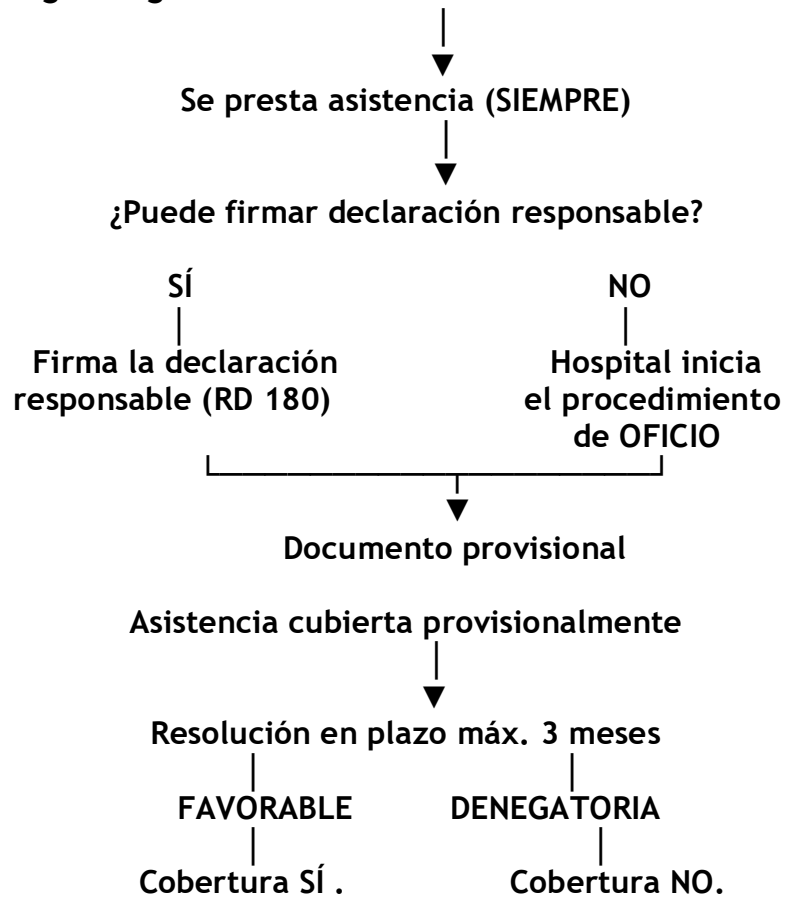
“Los casos de resolución denegatoria no conllevarán la facturación de las prestaciones dispensadas con anterioridad, incluidas las realizadas antes de la presentación de la solicitud, si la persona interesada acredita posteriormente que, en la fecha de su prestación, concurrían los requisitos materiales del artículo 2.1. En los demás supuestos se procederá a la facturación de las atenciones sanitarias recibidas, que se ajustará a los procedimientos vigentes en cada comunidad autónoma y, en su caso, por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.”

Es decir, abre una vía de escape que permite que se pueda neutralizar la facturación en caso de resolución denegatoria, si la persona acredita, a posteriori, que en aquel momento de recibir la asistencia sanitaria cumplía los requisitos.

A la vista de todo lo dicho, facilitamos esquemas de actuación con el fin de integrar las previsiones reglamentarias antes descritas con la doctrina fijada por el TS:

EJEMPLO I SITUACIÓN ACTUAL RD 180/2026

Extranjero llega a Urgencias sin documento acreditativo de derecho alguno.



PERO... acredita después que SÍ los cumple

No se factura

No se liquida

4. LEGISLACIÓN COMENTADA

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

I. LEY 3/2026, DE 29 DE JUNIO, DE LA GENERALITAT, DE MEDIDAS URGENTES FRENTE A LA HIPERREGULACIÓN, LA AGILIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y LA GARANTÍA DE LA UNIDAD DE MERCADO.

La ley 3/2023 modifica el artículo 46 de la Ley10/2014, de 29 de diciembre, de salud de la Comunitat Valenciana, para introducir medidas interesantes:

1. Servicios sociales:

- *“Así mismo, en casos debidamente justificados, la historia clínica podrá dar soporte a la prestación de servicios sociales.”*

Y en el apartado 5 se añade un nuevo párrafo:

- *“se elaborará, en colaboración con el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales, un sistema de integración de información social y sanitaria...”*

2. El derecho del paciente a conocer quién ha accedido a su historia clínica y con qué finalidad

“Este derecho incluye la posibilidad de que el paciente conozca la identidad de los profesionales que han accedido a su historia clínica y el objeto de la consulta...”

El paciente ya no tendría únicamente derecho a obtener copia de su documentación clínica, sino también a conocer la trazabilidad de los accesos: qué profesionales han consultado su historia clínica y con qué objeto.

Ahora bien, el propio precepto introduce un límite:

“...salvo que en el caso concreto prevalezca la protección de datos personales del profesional u otros derechos constitucionalmente protegidos sobre el derecho del paciente.”

Este apartado será objeto de estudio en el próximo nº del Boletín de Derecho Sanitario y Bioética del Sescam (septiembre 2026), con ocasión de la reciente STS de 24 de Junio de 2026, y el criterio adoptado por la AEPD.

3. Se incorporan los determinantes sociales a la historia clínica.

En el apartado 3 se añade un segundo párrafo:

“la historia clínica incluirá, siempre que encuentre justificación en el proceso asistencial, datos e información relativa a determinantes sociales que tengan origen en la prestación de servicios sociales...”

Por tanto, no cualquier dato social podría incorporarse a la historia clínica, solo aquellos datos sociales con relevancia sanitaria o asistencial.

4. Otras novedades:

Se vinculan e las medidas de seguridad al Esquema Nacional de Seguridad:

En el apartado 9 se mantiene la obligación de adoptar medidas técnicas y organizativas para proteger la historia clínica, pero se añade:

“estas medidas se corresponderán con las previstas en el Esquema Nacional de Seguridad.”

II. LEY 4/2026, DE 11 DE JUNIO, DE MEDIDAS URGENTES PARA ACELERAR PROYECTOS ESTRATÉGICOS QUE CONTRIBUYAN A LA TRANSFORMACIÓN ECONÓMICA DE LAS ILLES BALEARS Y DE OTRAS MEDIDAS DE SIMPLIFICACIÓN Y RACIONALIZACIÓN ADMINISTRATIVAS.

Se procede a la creación de la categoría profesional de Psicólogo General Sanitario en los siguientes términos:

1. Se crea la categoría profesional psicólogo general sanitario como personal estatutario sanitario del artículo 6.2.a) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, con las siguientes características:

- Ámbito de actuación: atención primaria.
- Grupo de clasificación: subgrupo A1 del grupo A de los establecidos en el artículo 76 del Real decreto legislativo 5/2015, de 30 de octubre (EDL 2015/187164), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Titulación exigida para acceder: título universitario oficial de grado o licenciatura en Psicología, y máster oficial en Psicología General Sanitaria.
- Funciones: las previstas en el apartado primero de la disposición adicional séptima de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de la salud pública, consistentes en la realización de investigaciones, evaluaciones e intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y la mejora del estado general de su salud, siempre que estas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios, y cuando estas no estén incluidas en la cartera de servicios comunes de atención a la salud mental, reguladas por el Real decreto 1030/2006, de 15 de

septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Estas funciones se desarrollarán sin perjuicio de las competencias propias de los psicólogos especialistas en psicología clínica, con quienes tendrán que actuar de forma complementaria en el sistema sanitario público.

- Retribuciones: serán las mismas que correspondan al personal de la categoría profesional técnico/técnica de salud pública del Servicio de Salud de las Illes Balears.

- Régimen jurídico aplicable: el previsto en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, así como el resto de la normativa de desarrollo y complementaria aplicable al personal estatutario del Servicio de Salud de las Illes Balears.

2. La modificación del régimen jurídico previsto en los apartados anteriores para esta categoría profesional se instrumentalizarán reglamentariamente.

III. LEY 2/2026, DE 4 DE JUNIO, SOBRE INFRACCIONES Y SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS Y DEMÁS PERSONAL DE LA RED SANITARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA DE LA REGIÓN DE MURCIA, EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.

Ámbito de aplicación.

La Ley resulta de aplicación a centros sanitarios públicos, pero también a los centros privados vinculados con el Servicio Murciano de Salud.

Tipificación de infracciones.

La ley clasifica las infracciones en leves, graves y muy graves. Entre las leves se encuentran el trato insultante, denigrante o despreciativo —también cuando se difunda por redes sociales— y los comportamientos incívicos intencionados que alteren el servicio. Como infracciones graves se tipifican las coacciones, amenazas, represalias, el acoso psicológico o digital y determinados daños intencionados. Finalmente, el artículo 3.c).1 considera infracción muy grave la agresión o cualquier forma de violencia física contra el personal sanitario o el resto del personal, siempre que los hechos no constituyan delito.

La relación con el proceso penal y el principio *non bis in idem*

El artículo 5 mantiene expresamente el principio *non bis in idem*: no podrán sancionarse administrativamente los hechos que ya hayan sido sancionados penal o administrativamente cuando exista identidad de sujeto, hecho y fundamento.

Cuando la conducta pueda ser constitutiva de delito, la Administración deberá trasladar las actuaciones al órgano judicial o al Ministerio Fiscal y abstenerse de continuar el expediente sancionador. Si ya existe una causa penal, el procedimiento administrativo deberá suspenderse hasta que recaiga una resolución firme. Solo cuando no se aprecie la existencia de delito o el proceso penal termine sin condena podrá iniciarse o reanudarse la vía administrativa, respetando los hechos que el órgano judicial haya declarado probados.

Por tanto, el régimen diseñado es subsidiario respecto de la vía penal.

¿Tiene verdadero recorrido práctico?

La utilidad práctica de la ley puede ser significativa respecto de determinadas conductas verbales o de hostigamiento. Las expresiones insultantes o denigrantes solo constituyen delito de injurias cuando, por su naturaleza, efectos y circunstancias, puedan considerarse graves. Esto deja un espacio para sancionar administrativamente comportamientos ofensivos que no alcancen ese umbral penal.

Igualmente podría existir un ámbito administrativo para castigar amenazas, coacciones o formas de acoso que no reúnan la intensidad, reiteración o efectos exigidos por el Código Penal.

Más dudas plantea el recorrido práctico de la infracción muy grave de agresión física prevista en el artículo 3.c).1. El Código Penal califica expresamente como atentado las agresiones cometidas contra funcionarios sanitarios en el ejercicio de sus funciones y, además, sanciona como delito tanto las lesiones como el simple hecho de golpear. Por ello, una parte muy importante de las agresiones físicas tendrá encaje penal, de modo que el campo estrictamente administrativo de esta infracción podría ser residual.

Sanciones y medidas complementarias

Las multas oscilan entre 300 y 3.000 euros para las infracciones leves, entre 3.001 y 15.000 euros para las graves y entre 15.001 y 30.000 euros para las muy graves. La graduación debe atender, entre otros factores, a la intencionalidad, los perjuicios causados y la reincidencia.

Además de la multa, la ley permite acordar, mediante resolución motivada, la reasignación de la persona infractora a otro profesional sanitario, unidad, servicio o centro. Esta medida no supone privarla de asistencia sanitaria, sino reorganizar la prestación para proteger al profesional agredido y evitar que continúe una relación asistencial deteriorada o potencialmente peligrosa.

La persona infractora también queda obligada a reparar los daños materiales causados tanto a la Administración como a los bienes de la persona agredida y, cuando corresponda, a indemnizar los daños y perjuicios ocasionados, lo que podría dar pie a posibles duplicidades indemnizatorias con las reconocidas en vía judicial.

Medidas provisionales

Antes de iniciar el procedimiento o durante su tramitación, pueden adoptarse medidas provisionales motivadas, necesarias y proporcionadas. Entre ellas se encuentra la reasignación temporal de la persona presuntamente infractora a otro profesional, unidad, servicio o centro sanitario.

Estas medidas no pueden producir ningún perjuicio profesional, organizativo o funcional al trabajador que haya sufrido la agresión.

Otro elemento que puede favorecer la aplicación práctica de la norma es que el procedimiento se inicia de oficio por la gerencia del área de salud, sin necesidad de denuncia previa de la persona agredida. De esta manera, la respuesta administrativa no depende exclusivamente de que el profesional, después de sufrir la agresión, asuma personalmente la iniciativa de denunciar.

4. DOCUMENTOS DE INTERÉS.

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

I.- PROFESIONES SANITARIAS

- El Tribunal Supremo avala la exclusión de los veterinarios del acceso a la especialidad de Laboratorio Clínico.

STS nº 632/2026, de 25 de mayo, nº rec. 62/2025.

El Consejo General de Colegios de la Profesión Veterinaria de España impugnó la disposición final segunda del Real Decreto 101/2025, de 18 de febrero, que creó el título de especialista en Laboratorio Clínico, resultado de la fusión de las anteriores especialidades de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica, y mantuvo como titulaciones de acceso las de Biología, Bioquímica, Farmacia, Medicina y Química.

La organización colegial veterinaria consideraba injustificado que los licenciados o graduados en Veterinaria no pudieran acceder, en atención a que la Ley 44/2003 reconoce la Veterinaria como profesión sanitaria. Sin embargo, para el Tribunal, de ese reconocimiento general no se desprende que los veterinarios deban poder acceder necesariamente a cualquier especialidad en Ciencias de la Salud.

La Sala atiende al ámbito funcional que la propia Ley 44/2003 atribuye a los veterinarios: sanidad animal, producción y elaboración de alimentos de origen animal, prevención y lucha contra enfermedades animales, zoonosis y prevención de los riesgos que la vida animal puede producir en los seres humanos.

Frente a ello, el perfil del especialista en Laboratorio Clínico se centra en el análisis de muestras biológicas de origen humano a partir del conocimiento de la fisiopatología humana:

“Por tanto, desde esta primera perspectiva, el poder reglamentario no tenía obligación legal de incluir a estos profesionales dentro del catálogo de titulaciones universitarias que permitan el acceso a la especialidad de “Laboratorio Clínico”

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

II.- DERECHOS DE PACIENTES

- El paciente no puede imponer a la Administración Sanitaria cómo debe actuar.

STSJ de las Islas Baleares nº 279/2026, de 13 de mayo, nº rec. 130/2026.

El asunto tiene su origen en la reclamación de un paciente con un proceso oncológico grave, que consideraba que no estaba recibiendo una adecuada continuidad asistencial. Por este motivo, solicitó al Servicio de Salud de las Illes Balears, entre otras cuestiones:

- La identificación del médico responsable;
- Un plan asistencial inmediato, por escrito y verificable;
- Garantías de continuidad y coordinación del tratamiento;
- Información clínica relevante.

Al no obtener respuesta, acudió a los tribunales solicitando la adopción de medidas cautelares urgentes, al entender que existía una situación de inactividad por parte de la Administración sanitaria.

El debate jurídico se centraba en si podía exigirse judicialmente, y con carácter urgente, que la Administración sanitaria adoptara determinadas actuaciones asistenciales mínimas. El paciente sostenía que no pretendía que el juez impusiera un tratamiento médico específico, sino que se garantizara un marco asistencial básico, organizado y verificable.

La cuestión era determinar si esta pretensión podía encajar en la figura de la inactividad administrativa prevista en el artículo 29 de la LJCA, que permite reclamar judicialmente el cumplimiento de prestaciones concretas cuando estén previamente establecidas.

Decisión del Tribunal

- Para acudir al artículo 29 de la LJCA no basta con afirmar que la Administración no ha actuado. Es necesario que exista una obligación determinada, y en este caso no se identifica una norma que obligue a la Administración sanitaria a realizar exactamente las actuaciones reclamadas por el paciente.
- La prestación de asistencia sanitaria no se concibe como una prestación automática o cerrada:

“Cuando se trata de la asistencia sanitaria que cada paciente precisa, coincidimos en que la administración sanitaria dispone de un abanico de opciones terapéuticas que ya descarta el derecho a exigir una prestación concreta que se derive de una disposición de carácter general”.

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

- Defensor del Pueblo: Buenas Prácticas en la Contención Mecánica.

El DP actualiza la Guía de 2017 para introducir importantes novedades en la forma de abordar las contenciones mecánicas.

La primera novedad es la ampliación del ámbito de aplicación, pues mientras el documento de 2017 se centraba en los centros de privación de libertad, la actualización de 2026 extiende expresamente su atención a las unidades de hospitalización psiquiátrica y a los centros sociosanitarios. Esta ampliación responde a la constatación de que las contenciones mecánicas de naturaleza sanitaria no son una realidad exclusiva del medio penitenciario, sino que también se aplican en contextos asistenciales donde concurren situaciones de especial vulnerabilidad.

Otras novedades relevantes:

- La contención se configura así como último recurso, no como una herramienta ordinaria de gestión asistencial, u organizativa.
- Toma en consideración la evolución producida desde 2017, especialmente la Instrucción 1/2022 de la Fiscalía General del Estado.
- Desarrolla las garantías que deben concurrir en cualquier contención mecánica, como la prohibición de usos disciplinarios o de conveniencia, la necesidad de valoración médica previa, la supervisión continua, el registro documental, la formación específica del personal o la existencia de protocolos de actuación.
- Especial importancia tiene la exigencia de consentimiento informado cuando sea posible y la obligación de documentar de forma completa la evolución, revisión y finalización de la medida.
- Se presta, además, una atención especial a las personas especialmente vulnerables como menores, personas mayores, personas con discapacidad, pacientes con trastorno mental grave, personas con deterioro cognitivo, mujeres embarazadas o personas con especial fragilidad clínica

En definitiva, la contención mecánica pasa a concebirse como una medida excepcional, clínicamente justificada y sometida a control continuo.

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

III.- FACTURACIÓN

- En reclamaciones de gastos de asistencia sanitaria imputables a seguros obligatorios por accidentes de tráfico, debe tomarse como referencia las tarifas establecidas en el Convenio Marco de Asistencia Sanitaria derivada de accidentes de tráfico.

SAP de Cantabria nº 363/2026, de 2 de junio, nº rec. 1240/2025.

La entidad Atenciones Sanitarias, S.L. reclamaba 3.542 euros por los tratamientos médicos y de rehabilitación dispensados a ambos lesionados a resultas de un accidente de circulación.

El Juzgado de primera instancia reconoció su derecho a cobrar los gastos asistenciales, pero no conforme a las tarifas fijadas unilateralmente por el centro, sino aplicando las tarifas generales del Convenio UNESPA correspondientes a 2023, más los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

La AP declara que el centro sanitario puede fijar libremente los precios de los servicios que presta a sus clientes. Sin embargo, esa libertad no implica que pueda trasladar automáticamente esos precios a un tercero:

“La libertad de fijación de precios que pretende la parte recurrente tiene que venir contrapesada por la libertad de contratación que pueda tener la parte obligada al pago del mismo”.

Y añade:

“Estáramos en un supuesto de determinación unilateral de la cantidad que debe pagarse sin que la obligada al pago pudiera negociar de ninguna manera la misma”.

La Audiencia Provincial de Cantabria había adoptado, en su pleno de 12 de febrero de 2025, un criterio unificado para estas reclamaciones: los gastos sanitarios derivados de accidentes de circulación deben valorarse tomando como referencia las tarifas del Convenio Marco de Asistencia Sanitaria derivada de accidentes de tráfico, dentro de los límites establecidos por la legislación aplicable:

“Lo que se ha hecho por la Audiencia, a través de la unificación de criterios y las resoluciones que se han dictado aplicando la misma, no es obligar a la actora a cumplir un convenio al que no está adherida, sí no intentar determinar unos precios de mercado que permitan abonar la cantidad justa por los trabajos realizados”

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

IV.- DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

- El contagio de COVID-19 por el personal sanitario debe calificarse como enfermedad profesional.

STS nº 827/2025, de 24 de septiembre, nº rec. 1343/2024.

Enfermera del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) que trabajaba en la planta COVID del Hospital Universitario Reina Sofía en marzo de 2020; sufrió varios procesos de incapacidad temporal por contagio de COVID-19. El INSS había calificado la contingencia como accidente de trabajo, pero la trabajadora reclamó que se reconociera como enfermedad profesional.

El TSJ de Madrid revocó la decisión adoptada en instancia de considerar que se trataba de enfermedad profesional, al entender que, en aquel momento inicial de la pandemia, resultaba aplicable el Real Decreto-ley 6/2020, que trataba los contagios por COVID como situación asimilada a accidente de trabajo a efectos económicos.

El Supremo considera que el COVID-19 encaja en el grupo de enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos en entornos sanitarios. Aunque el SARS-CoV-2 no apareciera mencionado expresamente en el cuadro del RD 1299/2006, ello se explica porque el virus era entonces desconocido, pero no impide incluirlo dentro de la categoría general de enfermedad infecciosa por agente biológico:

“aunque el virus SARS-CoV-2 no aparece mencionado por tal concreto nombre (por ser obviamente desconocido en 2006), su contagio encaja en la categoría genérica de enfermedad infecciosa por agente biológico en entornos sanitarios”.

Y añade:

“En estos casos no es necesario probar el contagio exacto en el trabajo, pues al darse la concurrencia de enfermedad (COVID-19) y entorno de trabajo incluido en el listado (centro sanitario con riesgo biológico), opera la presunción legal de ‘profesionalidad’”.

Por todo ello el Alto Tribunal concluye que su incapacidad temporal por COVID derivaba de enfermedad profesional y confirma la sentencia del Juzgado de lo Social.

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

- Personal MIR. Guardias en rotación externa en el extranjero. No procede su abono si no media autorización.

STSJ de Castilla La Mancha nº 909/2026, de 18 de mayo, nº rec. 269/2025.

La demandante, médico residente (MIR) de 4º año en Medicina Nuclear, realizó una rotación externa en el Hospital Sant’Orsola-Malpighi de Bolonia entre septiembre y diciembre de 2022. La autorización para la rotación externa fue concedida, pero expresamente se denegó la realización de guardias en el centro de destino.

Durante la rotación, la demandante realizó 208 horas de jornada complementaria (horario de tarde), que no fueron abonadas por el SESCAM. El requerimiento de pago fue desestimado, argumentando que la actividad no estaba autorizada ni retribuida.

Conviene tener presente que la legislación establece que las rotaciones externas deben ser autorizadas por el órgano competente y que la gerencia del centro de origen debe comprometerse a abonar las retribuciones ordinarias, incluidas las derivadas de atención continuada, solo si están autorizadas. La realización de

guardias en centros extranjeros solo puede ser autorizada en casos excepcionales, y en este caso no se justificó ni autorizó dicha necesidad.

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

- Jubilación activa. Aunque el actor cumplió la edad legal de jubilación sin coeficiente reductor, no presentó la solicitud para prolongación en el servicio activo dentro del plazo legal previsto.

STSJ de la Comunidad Valenciana nº 149/2026, de 4 de abril, nº rec. 434/2025.

El recurrente, médico de familia impugnó la Resolución de la Directora General de Personal de la Conselleria de Sanitat, que desestimó su solicitud de conformidad para compatibilizar la pensión de jubilación con el trabajo a jornada completa.

En su recurso alegaba que cumplía los requisitos del artículo 83 del Real Decreto-ley 20/2022 y del artículo 205.1.a) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS) para acceder a la jubilación activa, alegando que el 25 de noviembre de 2023 tenía 65 años y 37,9 años cotizados y que, por tanto, podía jubilarse con el 100% de la pensión. El actor sostuvo además que la Conselleria confundía “jubilación forzosa” con “edad de jubilación”, que el órgano competente para conceder la jubilación activa era el INSS y que la Conselleria sólo debía pronunciarse sobre la aptitud para la prolongación en el servicio activo.

Lo decisivo en este caso es si el actor acreditó o no cumplir los requisitos formales y materiales para encontrarse en situación de prolongación en el servicio activo o, alternativamente, para haber accedido previamente a la pensión de jubilación y solicitar luego la reincorporación.

El Tribunal señala que no consta que el actor presentara, dentro del plazo legal del artículo 73 LFPV, una solicitud de prolongación de permanencia en el servicio activo dirigida al órgano competente en materia de función pública.

La sentencia contempla una segunda vía posible: que el interesado se hubiera jubilado y, posteriormente, hubiera solicitado la reincorporación al servicio activo, situación también contemplada por la norma para la compatibilidad entre pensión y trabajo a jornada completa. Sin embargo, la Sala indica que el actor tampoco acredita que se hubiera producido efectivamente la jubilación ni la posterior reincorporación.

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

V.- VACUNACIÓN COVID

- Vacunación COVID de internos en Instituciones Penitenciarias.

STSJ de Madrid nº 222/2026, de 15 de abril, nº rec. 702/2023.

El tribunal desestima el recurso interpuesto por el recurrente al concluir que no se ha acreditado que la administración actuara en vía de hecho, pues la vacunación de internos estaba amparada por una decisión administrativa previa (la Estrategia nacional).

El recurrente inicialmente renunció a la dosis Janssen pero no a otras vacunas, y permitió la inoculación de dos dosis de Moderna sin oposición probada, a pesar de manifestar posteriormente una queja que fue considerada retractada tácitamente al aceptar la segunda dosis. Además, la administración respetó su voluntad respecto a la dosis tercera.

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

VI.- RECURSOS HUMANOS (RRHH)

1. TIEMPO TRABAJADOR PARA EMPRESA CONCESIONARIA DE HOSPITAL PÚBLICO

- Trienios: El tiempo trabajado para una empresa concesionaria del servicio público sanitario debe ser reconocido a efectos del cómputo de servicios previos a la administración pública para el perfeccionamiento de trienios.

STSJ de la Comunidad Valenciana nº 205/2026, de 1 de abril, nº rec. 146/2025.

La cuestión decisiva consistía en determinar si los servicios prestados para una sociedad mercantil privada concesionaria de la asistencia sanitaria pública pueden considerarse servicios previos a la Administración pública a efectos del artículo 1 de la Ley 70/1978, de 26 de diciembre.

El problema deriva de que la Ley 70/1978 no incluye expresamente a las sociedades mercantiles privadas, aunque gestionen un hospital público mediante una concesión administrativa.

El Tribunal Superior de Justicia desestima la apelación porque considera que el supuesto ya había sido resuelto por el Tribunal Supremo en su sentencia de 10 de julio de 2024. Aquella sentencia se refería, precisamente, a servicios prestados a través de Elche-Crevillente Salud, S.A., concesionaria de la asistencia sanitaria pública del departamento correspondiente.

La Sala reproduce y aplica directamente la doctrina del Tribunal Supremo:

“Lo determinante en esta clase de supuestos [...] no es tanto la naturaleza –pública o privada– de la entidad gestora del centro hospitalario [...] como la naturaleza pública del servicio sanitario prestado a los usuarios”.

El tiempo trabajado para una empresa concesionaria del servicio público sanitario debe ser reconocido a efectos del cómputo de servicios previos a la administración pública para el perfeccionamiento de trienios, siempre que la entidad mantenga una conexión relevante con la prestación pública del servicio sanitario.

El Tribunal Supremo ya había admitido que podían computarse los servicios prestados en centros hospitalarios que mantuvieran una conexión relevante con el servicio público sanitario. Véase página 20 del nº 225 del Boletín de Derecho Sanitario y Bioética del SESCOAM:

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

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

- Proceso selectivo: valoración de experiencia en el Departamento de Salud de Denia gestionado por una empresa bajo concesión administrativa.

STSJ de Galicia nº 295/2026, de 6 de mayo, nº rec. 498/2025.

La recurrente participó en un proceso selectivo para ingreso en la categoría de enfermero/a convocado por la Administración sanitaria autónoma, donde inicialmente se le otorgó en la puntuación provisional una valoración de 0,20 puntos por mes por su experiencia en el Departamento de Salud de Denia gestionado por una empresa bajo concesión administrativa para prestación de servicios públicos de salud.

Posteriormente, dicha experiencia fue valorada en la fase definitiva con 0,07 puntos por mes al considerar la Administración que la gestión era privada, lo que la recurrente impugnó alegando que la concesión administrativa implicaba una conexión relevante con el sistema sanitario público y que la valoración modificada vulneraba la igualdad y los principios de seguridad jurídica y confianza legítima.

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

2. CARRERA PROFESIONAL

- Carrera profesional: debe reconocerse el cómputo del tiempo trabajado en el sistema de salud público de otro Estado miembro de la Unión Europea para los fines del acceso al grado I de la carrera profesional.

STSJ de Galicia nº 269/2026, de 29 de abril, nº rec. 270/2025.

El TSJ desestima la apelación interpuesta, confirmando que debe reconocerse el cómputo del tiempo trabajado en el sistema de salud público de otro Estado miembro de la Unión Europea para los fines del acceso al grado I de la carrera profesional, vista la aplicación del principio europeo de libre circulación de trabajadores, pues analizados servicios sanitarios prestados en hospitales de Bélgica, se concluye, que sí deben computarse tanto a efectos de trienios, como a efectos de cumplimiento de uno de los requisitos para acceder al siguiente grado, en este caso, el grado I, que es un período de 5 años de ejercicio profesional.

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

3. PERMISOS

- Permiso de asistencia a pruebas selectivas para el personal Diplomado Universitario de Enfermería (DUI) sustituto o refuerzo.

STSJ de Cataluña nº 752/2026, de 5 de junio, nº rec. 1472/2023.

Se impugna una resolución del Hospital Juan XXIII de Tarragona que establecía un permiso de asistencia a pruebas selectivas para el personal Diplomado Universitario de Enfermería (DUI) sustituto o refuerzo que debía ser flexible y recuperable, es decir, sin permiso retribuido, salvo para el personal interino. El sindicato recurrente cuestiona esta resolución alegando vulneración del derecho de tutela judicial efectiva y del principio de igualdad, pues considera que todos los trabajadores deberían tener derecho a permiso retribuido para concurrir a exámenes.

El Tribunal no aprecia arbitrariedad en exigir la recuperación de horas al personal sustituto o de refuerzo en determinadas condiciones, debido a que la parte actora no acreditó las características de los puestos ni aportó un término de comparación que permitiera apreciar discriminación.

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

- Reducción de jornada por cuidado de menor de doce años afecta a la jornada complementaria.

STSJ de Castilla La Mancha nº 163/2026, de 30 de abril, nº rec. 245/2022.

En el año 2020 se reconoció al interesado una reducción de jornada del 50 % por cuidado de hijo menor de doce años. Tras la concesión de dicha reducción, el facultativo continuó realizando inicialmente el mismo número de guardias médicas que el resto de profesionales del servicio.

Posteriormente, en mayo de 2021, se le comunicó que, en estos supuestos, el número de guardias debía ajustarse de forma proporcional al porcentaje de reducción de jornada reconocido.

El interesado alegó que la reducción de jornada debía afectar exclusivamente a la jornada ordinaria, pero no a las guardias médicas. Asimismo, cuestionó la competencia del Jefe de Servicio para adoptar la medida, invocó la vulneración del principio de igualdad y denunció la falta de motivación de la resolución administrativa.

La Sala desestima todos los motivos de impugnación y confirma la actuación administrativa.

En primer lugar, considera que la reducción de jornada no puede proyectarse únicamente sobre la jornada ordinaria. Conforme al EM, la jornada de trabajo comprende la jornada ordinaria, la jornada complementaria —en la que se integran las guardias— y, en su caso, la jornada especial. Por ello, una reducción de jornada del 50 % debe aplicarse sobre la jornada globalmente considerada, incluidas las guardias médicas.

En segundo lugar, la Sala rechaza que el hecho de haber realizado inicialmente el mismo número de guardias que el resto de facultativos genere un derecho adquirido a mantener esa situación. La posterior adaptación del número de guardias al porcentaje de reducción reconocido no constituye una modificación del régimen jurídico del interesado, sino la correcta ejecución de la reducción de jornada previamente concedida.

Asimismo, la medida controvertida no responde a un cambio organizativo, sino al cumplimiento de la resolución administrativa que reconoció la reducción de jornada. Desde esta perspectiva, la actuación del Jefe de Servicio se limitó a aplicar una decisión ya adoptada por el órgano competente. En todo caso, la posterior ratificación por el Gerente del Hospital de Albacete permitiría entender subsanado cualquier eventual defecto competencial.

La Sala descarta igualmente la existencia de vulneración del principio de igualdad, y considera que la resolución administrativa estaba suficientemente motivada.

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

4. CATEGORÍAS

- No se puede crear una categoría profesional por sentencia.

STSJ de Sevilla nº 211/2026, de 5 de marzo, nº rec. 546/2025.

D^a Emma es personal estatutario interino del SAS, con nombramiento como médico del trabajo desde el 16 de noviembre de 2021, en el Hospital Universitario de Sevilla, tras superar un proceso selectivo convocado el 25 de agosto de 2021 para la provisión temporal de un puesto base de “Médico del Trabajo” en dicho centro. El 10 de febrero de 2022 presentó solicitud interesando el reconocimiento de la categoría de Facultativo Especialista de Área (FEA), especialidad de Medicina del Trabajo, y la percepción del complemento específico en la cuantía correspondiente a los FEA.

El SAS se opone al recurso y defiende la corrección de la sentencia de instancia. Alega, en primer lugar, que en su ámbito no existe la categoría de FEA en Medicina del Trabajo: la normativa autonómica, especialmente la Orden de 11 de marzo de 2004, ubica a los médicos del trabajo con las retribuciones propias de médicos de familia de atención primaria, no de FEA, y la clasificación de categorías corresponde a la Administración autonómica según los artículos 14 y 15 de la Ley 55/2003, sin que un órgano judicial pueda crear ex novo una nueva categoría profesional.

El tribunal considera que la interesada, que ocupa una plaza de médico del trabajo, no puede pretender que se le reconozca una categoría inexistente mediante sentencia, porque ello supondría sustituir en vía judicial la competencia de planificación y ordenación de recursos humanos que la Ley 55/2003 atribuye al SAS:

“Siendo el puesto de trabajo al que accedió la interesada de Médico del Trabajo, pretende la categoría de Facultativo Especialista de Área de Medicina del Trabajo, categoría que no existe y cuya creación pretende la interesada a través de resolución judicial, contraviniendo la regulación contenida en los artículos 12 a 15 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.”

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

5. DISCIPLINARIO

- **Disciplinario: Ausencia sin justificar y trastorno en el funcionamiento del servicio. No procede rebajar la sanción.**

STSJ de la Comunidad Valenciana nº 196/2026, de 25 de marzo, nº rec. 141/2025.

La demandante, enfermera en un servicio público, fue sancionada inicialmente con tres días de suspensión por llegar tarde a su puesto sin avisar, lo que motivó que los médicos prestaran atención a pacientes en espera de procedimientos de enfermería, generando una perturbación en el servicio.

La resolución de primera instancia entendió que, si la Administración optaba por una sanción más grave que el apercibimiento, debía explicar por qué no resultaba suficiente la sanción más leve. También tuvo en cuenta que el retraso fue inferior a una hora, siendo esta la primera falta en toda su carrera profesional.

La cuestión litigiosa consistía en determinar si resultaba proporcionado sancionar la conducta con un simple apercibimiento, como había decidido el Juzgado; o tres días de suspensión de funciones, como había acordado la Administración.

El Tribunal estima el recurso de la Generalitat y considera correcta la sanción de tres días de suspensión, debido a que el retraso no produjo únicamente un

incumplimiento formal del horario, sino una perturbación real del servicio asistencial.

La trabajadora no avisó de su ausencia, tuvo que ser localizada y, al no haber personal de enfermería disponible en ese momento, los médicos asumieron actuaciones que correspondían a enfermería:

“Consideramos correcta la sanción impuesta por la administración sanción que se encuentra debidamente motivada en la resolución administrativa que justifica apreciando la perturbación grave del servicio que se derivó del propio hecho de la desatención del mismo, dada la ilocalización y ausencia al trabajo de la enfermera, unido al hecho de no comunicarlo al centro y no disponer de otro personal para atender el servicio asistencial a los pacientes que tuvo que ser prestado por el personal médico del centro, por lo que si existió una perturbación del servicio público”

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

- Suspensión verbal e injustificada de funciones sin resolución motivada: ilegal.

STSJ de Andalucía (Málaga) nº 776/2026, de 22 de abril, nº rec. 577/2023.

El recurrente, D. Cristóbal, es personal estatutario del Servicio Andaluz de Salud, adscrito al Hospital Regional Universitario de Málaga, con categoría de Facultativo Especialista de Área (Cirugía General y del Aparato Digestivo).

A comienzos de 2019 se niega a intervenir a un paciente sin contar con el consentimiento informado escrito y manifiesta a sus superiores que no va a consignar en las hojas clínicas qué pacientes han de derivarse a clínicas privadas y cuáles no, en un contexto de quejas de pacientes sobre tales derivaciones. Pocos días después, el Jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo (Dr. Raúl) le recrimina en términos despectivos (“Tú eres tonto. Te voy a echar... te voy a abrir un expediente”) y le anuncia que “pensará en algo”.

El 5 de abril, nuevamente en el despacho del jefe de servicio, éste le reprocha hechos “muy graves”, le sugiere que necesita un psicólogo, le habla de quejas de residentes y, cuando el facultativo le pide que todo se le haga constar por escrito (incluidos los insultos del día 3), le reprocha que se “pone chulo” y le comunica que queda suspendido de guardias “hasta nueva orden”. Esta decisión se adopta verbalmente, sin resolución escrita ni motivación, y le supone la pérdida de las guardias y prolongaciones de jornada, con el consiguiente perjuicio económico.

El 12 de septiembre se acuerda finalmente la incoación de expediente disciplinario, por lo que la apertura del expediente se produce varios meses después de la suspensión de guardias, que había sido acordada ya el 3 de abril.

El JC-A de Málaga desestima el recurso en sentencia de 22 de diciembre de 2022, al considerar que la retirada de guardias se incardina en la facultad de autoorganización del servicio sanitario.

La Sala parte de un hecho especialmente importante, el Dr. Cristóbal fue suspendido de guardias médicas el 3 de abril verbalmente, mientras que la incoación del expediente disciplinario se acordó el 12 de septiembre. Ello significa que la suspensión se adoptó meses antes de que existiera un expediente disciplinario formal, y sin resolución escrita que la fundamentara.

La Sala cita una sentencia anterior (núm. 2004/2016, de 20 de abril de 2018) donde se señaló que el decremento de jornadas complementarias puede vincularse a la autoorganización, pero que ello no excluye la necesidad de motivación y de sujeción a control jurisdiccional, y recuerda también la doctrina del Tribunal Supremo (Sentencia de 24 de octubre de 2012) según la cual la autoorganización no exime de motivar las decisiones individuales que afectan a la prolongación de servicios o a situaciones personales concretas.

En el caso concreto, la Sala aprecia que la medida de retirada de guardias no responde a una planificación general ni a una redistribución de recursos, sino que se adopta “aisladamente” respecto de un facultativo, sin que éste conozca las razones ni se le expliquen, y generando en el afectado la percepción de que se trata de una “venganza” por sus discrepancias. En estas condiciones, concluye que no concurren los presupuestos que permitirían encuadrar la medida en la potestad de autoorganización tal y como la jurisprudencia la ha perfilado.

El tribunal destaca que en este caso no sólo no se dictó resolución motivada de suspensión, sino que, además, la medida se prolongó en el tiempo desvinculada de un expediente disciplinario formal, pues la incoación se produjo varios meses después. La decisión de privar al facultativo de las guardias y prolongaciones de jornada, adoptada de palabra por el jefe de servicio, se sitúa fuera de los cauces del artículo 75 del Estatuto Marco y del artículo 56 de la Ley 39/2015, lo que supone vulnerar las exigencias de motivación, proporcionalidad y temporalidad de las medidas provisionales, así como su vinculación a un procedimiento.

“La decisión de la Administración, en definitiva, ni se motivó ni podía adoptarse desligada del expediente administrativo, mucho antes de incoarse éste, de palabra y sorpresivamente, con infracción de las normas del procedimiento administrativo e incurriendo en una causa de nulidad de pleno de derecho que causa indefensión”.

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

6. PERSONAL TEMPORAL

- Bolsa de trabajo: no es posible permanecer en bolsa tras la declaración en situación de incapacidad permanente total.

STSJ de Castilla La Mancha nº 208/2026, de 25 de mayo, nº rec. 250/2022.

Impugnación por la interesada de su exclusión de la bolsa de trabajo de fisioterapeutas de la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca, motivada por habersele reconocido una situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual.

En primera instancia, el Juzgado estimó su pretensión y consideró procedente mantenerla en la bolsa de trabajo, si bien en situación de suspensión de llamamientos, atendiendo a que su incapacidad podía ser revisada por posible mejoría en el futuro

El TSJ destaca que la incapacidad permanente total implica una falta actual de capacidad funcional para el desempeño del puesto, y esta circunstancia es incompatible con la permanencia en una bolsa de trabajo destinada a futuros nombramientos. Si la incapacidad fuese objeto de revisión y se declarase la mejoría, entonces sí la interesada podrá solicitar su reincorporación a la bolsa de trabajo.

Respecto a la opción intermedia de mantener a la interesada en la bolsa con suspensión de llamamientos, no sería posible ya que no existe base normativa que permita dicha solución en supuestos de incapacidad permanente.

“Como expresa la Administración demandada no puede afirmarse que la demandante, en el momento de la exclusión, reuniera los requisitos exigidos para permanecer como integrante de la bolsa de trabajo de la que fue excluida, habida cuenta que la situación de incapacidad que tenía reconocida no tiene carácter temporal sino, por el contrario, es permanente, y ello por más que pueda ser objeto de revisión en el futuro, y por más que, dadas las particularidades de la situación médica en que se encuentra la demandante previsiblemente pudiera ser así, pues la situación administrativa correspondiente a la incapacidad permanente que la misma tiene reconocida resulta incompatible con la situación de exclusión temporal en que propugnaba la demandante debía quedar incardinada.

Y si bien es cierto que ante la falta de previsión específica para este tipo de situaciones no resultaría posible dar a la actora un tratamiento distinto al del personal estatutario fijo...”

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

VII.- PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES SANITARIOS

- Certificado COVID y Deporte.

SAN nº 213/2026, de 28 de abril, nº rec. 476/2023.

La Real Federación Española de Tenis de Mesa exigió a los alumnos que se examinaban para obtener el título de entrenador presentar certificado COVID-19 como requisito de acceso a las instalaciones gestionadas por el Consejo Superior de

Deportes, siguiendo protocolos establecidos por este organismo; se recogieron, enviaron y almacenaron datos personales de salud, incluidas listas certificadas de personas con pauta completa de vacunación o test negativo.

Un alumno denunció ante la Agencia de Protección de Datos por considerar la exigencia discriminatoria y vulneradora de normativa de protección de datos, impugnándose una multa administrativa de 10.000 euros impuesta a la Federación por vulnerar el artículo 9.2 del Reglamento General de Protección de Datos.

La AEPD consideró que no había existido una simple exhibición puntual de la documentación sanitaria. La Federación había efectuado un verdadero tratamiento de datos de salud. La Agencia entendió que ese tratamiento carecía de una base jurídica válida y sancionó a la Federación con una multa de 10.000 euros por infracción del régimen del artículo 9 del Reglamento General de Protección de Datos.

La Agencia había señalado que podía haberse utilizado una medida menos intrusiva: la mera exhibición del certificado en la puerta de acceso, sin conservar copias, efectuar anotaciones ni elaborar listados.

En cambio, la AN no niega expresamente que esa alternativa hubiera podido ser menos invasiva, pero considera que la actuación efectivamente desarrollada seguía siendo proporcionada, atendiendo a la gravedad de la pandemia y a las instrucciones del Consejo Superior de Deportes.

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

- Sancionada una empresa por no comunicar a los afectados una brecha de seguridad derivada del acceso no autorizado a bases de datos sanitarias.

SAN nº 66/2026, de 28 de enero, nº rec. 197/2023.

La divulgación de datos personales relativos a la salud (clínicas dentales), considerando la posibilidad de identificación física de las personas objeto de tratamiento a través de los datos obtenidos, puede afectar al empeoramiento de la salud de los pacientes, en especial la salud psíquica y generar problemas de autoestima. Son pacientes que han elegido un tratamiento que se diferencia de los habituales en que no es visible para terceros, por lo que la divulgación de los datos puede ocasionar un grave impacto en su equilibrio emocional.

El principio de precaución obligaba a comunicar sin dilaciones la brecha de seguridad a los afectados, en lugar de encargar nuevos informes que respaldaran su posición de riesgo medio de la situación.

La responsable del tratamiento debió comunicar a los afectados que se había producido una brecha de seguridad, una comunicación que no imponía ningún esfuerzo irrazonable.

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

- AEPD. Informe jurídico “2025-0073” sobre si el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) puede consultar antecedentes penales o sexuales de profesionales sanitarios sin consentimiento del interesado.

Informe jurídico 2025-0073.

El informe analiza la cuestión de si el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios - REPS- puede consultar directamente los antecedentes penales o sexuales de los profesionales sanitarios sin consentimiento, con la finalidad de comprobar si están inhabilitados, suspendidos o si tienen alguna limitación para trabajar con menores.

El Ministerio de Sanidad, a través del REPS, necesita conocer si un profesional sanitario puede ejercer o si existe alguna limitación legal para ello. Por ejemplo, si ha sido condenado por sentencia firme a una pena de inhabilitación o suspensión para ejercer una profesión sanitaria; si tiene antecedentes sexuales que le impidan trabajar en actividades con contacto habitual con menores.

El problema es que la plataforma del Ministerio de Justicia no permitiría consultar solo las condenas de inhabilitación o suspensión profesional, sino que devolvería información sobre la totalidad de los antecedentes penales asociados al DNI de la persona. Eso implica que el REPS podría acabar conociendo antecedentes que no son relevantes para su finalidad, como una condena por alcoholemia u otros delitos sin relación con el ejercicio sanitario. Es decir, la Administración puede necesitar comprobar una circunstancia muy concreta, pero la herramienta técnica le ofrece mucha más información de la necesaria.

En este contexto, el informe distingue entre:

- Que los juzgados, administraciones o colegios profesionales comuniquen al REPS resoluciones que suspenden o inhabilitan para ejercer. Eso sí está previsto en la LOPS.
- Que el REPS consulte por su cuenta todos los antecedentes penales de un profesional. Eso, según el informe, no está amparado en los términos planteados.

La finalidad del REPS no es conocer todos los antecedentes penales del profesional, sino únicamente saber si existe una sentencia firme que le inhabilite o suspenda para ejercer. Por tanto, si la consulta técnica devuelve todos los antecedentes penales, el tratamiento resulta excesivo.

Las respuestas a las consultas:

1º.- Si el REPS puede consultar la existencia de antecedentes penales para saber si el profesional está inhabilitado o suspendido para ejercer, sin consentimiento.

La respuesta del informe es negativa; no se limita a las condenas de inhabilitación o suspensión, sino que permite conocer la totalidad de antecedentes penales.

Por tanto, el REPS no puede consultar todos los antecedentes penales bajo el argumento de que necesita saber si existe una inhabilitación profesional.

2º. Antecedentes sexuales: si el REPS puede consultar antecedentes sexuales para saber si existe alguna limitación para trabajar con menores, también sin consentimiento.

La respuesta también es negativa. El sistema legal actual está construido sobre la aportación de una certificación negativa por la persona interesada o sobre mecanismos de comprobación con consentimiento o sin oposición cuando proceda, no sobre una consulta generalizada por parte del REPS sin consentimiento.

3º. Si una norma con rango de ley podría permitir en el futuro la consulta de antecedentes penales o sexuales sin consentimiento.

Sí sería posible, pero tendría que definir con precisión, entre otros extremos, la finalidad concreta del tratamiento, o qué órgano sería competente.

Ahora bien, el informe advierte que ni siquiera una ley debería autorizar una consulta indiscriminada de todos los antecedentes penales si la finalidad es solo comprobar inhabilitaciones o suspensiones profesionales.

En conclusión, el problema desaparecería si la plataforma de consulta permitiese obtener solo una respuesta ajustada a la finalidad legítima. Por ejemplo:

- “consta/no consta inhabilitación o suspensión para profesión sanitaria”;
- “consta/no consta impedimento para actividad con contacto habitual con menores”;

Pero no una relación completa de antecedentes penales.

VIII.- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

- Baremación: indebida utilización de la figura de la rectificación de errores.

STSJ de Galicia nº 295/2026, de 6 de mayo, nº rec. 498/2025.

Aunque el litigio se refiere a la naturaleza de los servicios prestados en un centro gestionado por concesión, el argumento de la sentencia es de carácter procedimental, si el paso en la baremación de 0,20 a 0,07 puntos por mes podía considerarse una mera corrección de un error material en la baremación provisional.

Para el Tribunal, la Administración no se limitó a corregir una cifra, sino lo que hizo fue reconsiderar jurídicamente la naturaleza del centro y aplicar un apartado distinto del baremo.

El órgano de selección puede corregir de oficio errores materiales en la puntuación provisional, siempre que sean evidentes, patentes y fácilmente constatables. Sin embargo, no puede utilizar la figura de la corrección de errores para reducir la puntuación cuando el cambio requiere una nueva interpretación jurídica:

La Administración pasó del primer párrafo del apartado 2.a) del baremo - instituciones sanitarias públicas— al segundo —instituciones privadas concertadas-. Esa operación incorporaba un juicio jurídico y no podía presentarse como una mera corrección mecánica.

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

- Presentación de reclamación de responsabilidad patrimonial por el letrado de forma presencial debido a caída del sistema electrónico. Aplicación del art. 68.4 de la Ley 39/2015.

STSJ de Murcia nº 242/2026, de 7 de mayo, nº rec. 495/2023.

Los demandantes interpusieron reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria presuntamente deficiente prestada por el Servicio Murciano de Salud, derivada del fallecimiento del paciente el 13 de marzo de 2022.

El 10 de marzo de 2023, dentro del año, la letrada de los reclamantes intentó presentar telemáticamente la reclamación, pero no pudo hacerlo por caída del sistema electrónico, y optó por presentarla presencialmente en la Oficina de Asistencia en Materia de Registros del Servicio Murciano de Salud, donde fue admitida y sellada. Posteriormente, la Administración requirió, por notificación electrónica de 20 de marzo de 2023, la subsanación mediante presentación electrónica (artículo 68.4 Ley 39/2015), que fue cumplimentada el 30 de marzo de 2023, fuera del plazo anual.

La Administración inadmitió la reclamación por considerar prescrita la acción, argumentando que la presentación válida es la electrónica, conforme al artículo 68.4 de la Ley 39/2015.

La cuestión controvertida gira por tanto en torno a si, en el marco del artículo 68.4 Ley 39/2015, debe considerarse como fecha de presentación de la reclamación la del registro presencial (10-03-2023) o la de la subsanación electrónica (30-03-2023), a efectos de determinar la prescripción del derecho a reclamar responsabilidad patrimonial.

La Sala parte de la premisa de que los profesionales que ejercen actividades para las que se requiere colegiación obligatoria- como es el caso de los letrados reclamantes- están obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones y que, si presentan la solicitud presencialmente, las Administraciones deben requerir su presentación electrónica, considerándose como fecha de presentación aquella en la que se realice la subsanación. Se plantea entonces cómo interpretar la expresión “a estos efectos”: si afecta sólo al cómputo de plazos para resolver (artículo 21.3.b Ley

39/2015) o también a la determinación de la fecha de presentación a efectos de prescripción.

La Sala entiende que “a estos efectos” se refiere a la fecha de presentación de la solicitud en general, no sólo al inicio del cómputo del plazo para resolver, y que la consecuencia es que la solicitud se tiene por presentada en la fecha de subsanación cuando el interesado obligado a la relación electrónica ha acudido inicialmente al formato presencial:

“Y los términos del art. 68.4 son claros y precisos, la fecha de presentación del escrito es la fecha en la que se realiza la subsanación, por lo que se ha de entender que el escrito no está presentado y, como tal, no puede producir ningún efecto; no se puede considerar afectado el principio pro actione, ni el derecho a la tutela judicial efectiva, ya que se trata de un requisito procesal que la parte debe conocer, en cuanto a su obligación de comunicarse electrónicamente con la Administración

Los letrados que presentaron la reclamación estaban obligados a relacionarse electrónicamente con la Administración por ejercer una actividad profesional que exige colegiación obligatoria, conforme al artículo 14.2.c de la Ley 39/2015. 1 2 Al presentarse la reclamación de forma presencial el 10 de marzo de 2023, la Administración aplicó el artículo 68.4 de la Ley 39/2015 y requirió la subsanación mediante presentación electrónica, advirtiéndole que la fecha de presentación sería la de esa subsanación.”

Respecto a la incidencia técnica del sistema electrónico, la Sala afirma:

“Por lo que respecta a la imposibilidad de presentación telemática el día 10 de marzo, reseñar que la captura de pantalla que se acompaña en el expediente administrativo, no recoge ni día ni hora de la misma, por lo que no determina que corresponda al día 10, ni que el servicio no funcionara con posterioridad o en los días 11, 12 y 13 de marzo, siendo un servicio que funciona las 24 horas, por lo que se podía haber presentado correctamente en otro momento, o bien, como se indica por las demandadas, a través del registro de otra Administración, lo que no se hizo.”

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

IX.- SALUD LABORAL

- La Administración debe brindar protección a un médico denunciado falsamente por abuso sexual.

STSJ del País Vasco nº 1089/2026, de 5 de mayo, nº rec. 2791/2025.

El demandante prestaba servicios como médico inspector para la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Bizkaia.

El 25 de enero de 2018 atendió a una paciente durante un reconocimiento dirigido a valorar su capacidad laboral. Cinco días después, la paciente presentó una queja ante el INSS en la que denunciaba abusos sexuales.

El INSS abrió un procedimiento interno de información previa, dio audiencia al médico y terminó archivando las actuaciones el 3 de abril de 2018. La resolución interna concluyó que el reconocimiento había sido adecuado a su finalidad y que no se apreciaba mala praxis ni ninguna actuación indebida.

La paciente también presentó una denuncia penal. Las diligencias previas fueron sobreseídas provisionalmente el 28 de mayo de 2018 al no aparecer suficientemente justificada la comisión del delito.

A pesar de estos pronunciamientos, el episodio produjo en el médico una importante afectación psicológica.

El médico reclamó al INSS una indemnización de **249.816 euros** por incumplimiento de sus deberes empresariales en materia de prevención de riesgos laborales.

Sostenía que la Administración no había evaluado ni gestionado adecuadamente el riesgo psicosocial derivado de una acusación grave formulada por una usuaria y relacionada directamente con el ejercicio profesional.

Para la Sala, el deber de protección de la salud laboral no se limita a responder cuando el trabajador solicita expresamente ayuda. El empleador debe anticiparse, valorar el riesgo y ofrecer mecanismos de apoyo cuando conoce una situación potencialmente dañosa:

“La Ley de Prevención de Riesgos Laborales exige que el empresario sea proactivo, no solo reactivo, y más aún en la gestión de los riesgos psicosociales, en los que el afectado se encuentra muchas veces, por causa de su padecimiento psicológico, especialmente limitado para el correcto manejo de la situación”.

La Sala considera que, tras conocer la acusación, la Administración pudo haber puesto a disposición del médico instrumentos de apoyo:

“No consta que entonces o después se pusieran al servicio del actor herramientas para gestionar esa situación, o se le ofreciera de oficio apoyo psicológico o jurídico, viéndose solo el actor ante una acusación falsa o al menos no acreditada, lo que bien pudo incrementar su malestar”.

Y concluye:

“En este caso la empresa no fue el causante del daño inicial, sino que más bien incumplió un deber preventivo al no minimizarlo, debiendo responder por su contribución causal o agravatoria, ya que no cumplió correctamente un deber de protección eficaz de la seguridad y salud del trabajador, deber que como hemos dicho no es meramente formal sino preventivo y activo.”

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

X.- RESPONSABILIDAD SANITARIA

- Responsabilidad por producto defectuoso: cuando el perjudicado reside en España y el producto defectuoso se comercializó en España, la ley aplicable a la obligación extracontractual es la española.

STS nº 771/2026, de 21 de mayo, nº rec. 8332/2021.

Se trata de un supuesto de responsabilidad sanitaria por producto sanitario defectuoso (Ala Octa) utilizado en una cirugía oftalmológica practicada en España a una paciente residente en España, pero fabricado por una empresa alemana asegurada en una compañía alemana. La cuestión que se plantea es si el ejercicio de la acción directa de la paciente contra la aseguradora se debe someter a los requisitos del Derecho alemán.

El TS concluye que la responsabilidad civil por los daños causados a la actora se rige por la ley española, porque la actora reside en España y el producto se comercializó en España, y por tanto resulta aplicable el artículo 76 LCS, que reconoce la acción directa como derecho propio del perjudicado.

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

- Prostatectomía laparoscópica incorrecta, olvido de gasas y consentimiento informado inadecuado.

STSJ de Galicia nº 456/2025, de 19 de diciembre, nº rec. 7088/2025.

La sentencia examina los recursos de apelación formulados por el paciente y por el Servicio Gallego de Salud contra la resolución del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 2 de Santiago de Compostela, que había reconocido una indemnización de 48.536,45 euros por responsabilidad patrimonial sanitaria.

El paciente, diagnosticado de adenocarcinoma de próstata, fue incluido en lista de espera para someterse a una prostatectomía radical por vía laparoscópica. Durante la intervención, la introducción del trócar provocó la perforación de la aorta, con orificios en sus caras anterior y posterior, y el desgarro de la arteria mesentérica inferior. Se produjo una hemorragia arterial masiva que obligó a abandonar la prostatectomía, reconvertir urgentemente la intervención en cirugía abierta y solicitar la actuación del Servicio de Cirugía Vascular para salvar la vida del paciente.

Tras la operación, y pese a haberse efectuado un control radiológico intraoperatorio, quedaron olvidadas dos compresas en la cavidad abdominal. El paciente comenzó a presentar dolor y tuvo que ser sometido a una nueva cirugía para localizar y retirar el material.

La Sala aprecia la existencia de daño desproporcionado, pues la perforación de la aorta y el desgarrar arterial constituyeron un resultado extraordinariamente grave y anormal en relación con la intervención prevista. El SERGAS atribuyó lo sucedido a la anatomía del paciente, pero no logró demostrarlo. Aunque la respuesta médica frente a la hemorragia fue rápida y correcta, la Administración no ofreció una explicación suficiente de por qué la introducción del trócar produjo un resultado de tal magnitud.

De otra parte, la información sobre la posibilidad abstracta de una complicación no legitima cualquier actuación:

“El hecho de que en el documento CI se indique la hemorragia como una complicación posible no es bastante para neutralizar lo que sin duda es un resultado clamoroso, que el paciente no tiene por qué soportar”.

En cuanto al olvido de las dos compresas, el Tribunal considera que ni la complejidad de la intervención, ni la hemorragia masiva, ni el control radiológico realizado justifican que se cerrase al paciente con material quirúrgico en su interior. Además, el olvido le produjo dolor, prolongó su recuperación y obligó a practicarle una nueva intervención:

“El hecho de que esa cirugía reparadora, para extraer las gasas, se practicara correctamente, y tuviera éxito, está claro que no impide calificar lo sucedido como una actuación contraria a las más elementales normas profesionales en la práctica de la cirugía”.

También se reconoce una infracción por consentimiento informado. El documento firmado describía una prostatectomía mediante cirugía abierta, mientras que la técnica realmente programada era laparoscópica. La diferencia tiene especial importancia porque la lesión se produjo precisamente al utilizar un instrumento propio del abordaje laparoscópico como el trócar. El paciente, por tanto, no recibió información específica sobre la técnica que se le iba a aplicar ni sobre sus riesgos propios:

“Estamos ante un consentimiento informado inidóneo porque en él no se incluyeron los riesgos individualizados del tipo de operación quirúrgica que se le pretendía practicar al paciente”.

Además, el tribunal considera probado que las complicaciones de la cirugía inicial y la intervención posterior para retirar las gasas provocaron adherencias intestinales que impidieron continuar con la vía quirúrgica prevista para tratar el cáncer de próstata. La Sala aprecia un daño moral indemnizable por la imposibilidad de seguir el tratamiento quirúrgico inicialmente programado:

“Hay que contabilizar [...] la producción de un daño moral evidente a cargo del recurrente ante la imposibilidad de continuar con su tratamiento quirúrgico, según estaba programado por el SERGAS desde el diagnóstico inicial de la enfermedad”.

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

- No hay responsabilidad patrimonial sanitaria si, en embarazos de alto riesgo, se aplica correctamente el protocolo de cribado combinado.

STSJ de la Comunidad Valenciana nº 672/2025, de 24 de septiembre, nº rec. 102/2024.

Adela, de 45 años, con embarazo de alto riesgo por la concurrencia de múltiples factores. Durante la gestación fue controlada en el Hospital Universitario de referencia y en su centro de salud, consignándose en los informes que se trataba de un embarazo de riesgo alto. En el ámbito del cribado de aneuploidías, constaba inicialmente un riesgo de síndrome de Down (DIRECCION001) de 1/54,3 según edad y translucencia nuchal, que se vio corregido tras el screening bioquímico del 13 de julio de 2020 a 1/320 para DIRECCION001 y 1/16487 para otra trisomía, y posteriormente recalculado en 1/800 mediante sonograma genético. No se le ofrecieron pruebas de diagnóstico prenatal invasivo (amniocentesis, biopsia corial) ni TPNI, pese a que en un embarazo anterior (2015) sí se le había ofertado amniocentesis.

En NUM002 de 2020 nació Ernesto, afecto de síndrome de Down con cardiopatía congénita (canal auriculoventricular completo) y patología pulmonar que motivó su ingreso a las 72 horas y una intervención de corrección cardíaca, dejando como secuelas diversas comunicaciones interauriculares e interventriculares y una insuficiencia mitral ligera; tiene reconocido un 56% de discapacidad y un grado II de dependencia. Los padres sostienen que se ha quebrantado la lex artis en el seguimiento del embarazo de riesgo y en el diagnóstico prenatal, invocando una pérdida de oportunidad consistente en no haber sido informados del síndrome de Down y de la cardiopatía a tiempo de optar por una interrupción voluntaria o legal del embarazo, y reclaman una indemnización de 882.379,54 euros.

La cuestión litigiosa gira en torno a:

- Si, dada la condición de embarazo de muy alto riesgo, la Administración debió ofrecer a Adela pruebas adicionales (amniocentesis, biopsia corial o TPNI), a pesar de un cribado combinado que arrojó un riesgo por debajo del umbral establecido por los protocolos.
- Si la no detección de la cardiopatía congénita (canal auriculoventricular) en las ecografías de segundo trimestre y sucesivas puede considerarse un fallo de diagnóstico imputable a mala praxis.

Respuesta de la Sala:

“...la realidad es que el proceso de cribado se aplicó de forma correcta, resultando en un riesgo inferior al porcentaje de corte que obligaba a acudir a otro tipo de pruebas (Invasivas o no). Por ello, plantear ahora y a la vista del resultado que éste se habría podido prever acudiendo a una prueba que en ese momento y condiciones (Resultado del cribado) no estaba contemplada, es sencillamente evaluar los hechos en retrospectiva y no en las condiciones del momento”.

Y en cuanto a la cardiopatía, el informe de orientación indica:

“En general, el diagnóstico de las malformaciones cardíacas es difícil y, como ya se ha comentado en el apartado de consideraciones médicas, la tasa de detección se encuentra entre el 30 y 50%. (...) Un factor importante, que limita de forma significativa el diagnóstico ecográfico, de malformaciones en general y de malformaciones cardíacas en particular, es la obesidad materna. (...) En el caso de la Sra. Adela se realizaron controles ecográficos seriados, sin que en ninguno de ellos fuera posible obtener una visión adecuada de las diferentes estructuras anatómicas fetales, lo cual se reflejó en los diferentes informes ecográficos”

Y por todo ello, el tribunal concluye:

“Así las cosas, consideramos que no existe fundamento para sostener la existencia de infracción de la lex artis en el caso, ni con ello la pérdida de oportunidad y daños reclamados, por lo que debemos desestimar la demanda.”

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

- Segunda intervención por el mismo motivo: no justifica la omisión de consentimiento informado escrito.

STSJ de Galicia nº 173/2026, de 29 de abril, nº rec. 7062/2026.

La paciente, de 38 años, fue atendida por una tumoración cervical y derivada al Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario da Coruña. Las pruebas practicadas apuntaron a un proceso linfoproliferativo pendiente de confirmación mediante biopsia.

El 23 de septiembre de 2020 fue sometida a una primera cervicotomía con biopsia ganglionar. Al persistir los hallazgos de adenopatía cervical y no haberse alcanzado un diagnóstico concluyente, se decidió repetir la intervención el 2 de noviembre de 2020.

Respecto de esta segunda intervención, no constaba que la paciente hubiera firmado el correspondiente documento de consentimiento informado.

Tras la cirugía comenzó a presentar molestias en el brazo y hombro izquierdos, con pérdida de movilidad. Un electromiograma realizado el 30 de julio de 2021 confirmó una neuropatía axonal severa del nervio espinal accesorio, con signos de denervación activa y sin reinervación objetivable.

Las secuelas determinaron posteriormente el reconocimiento de una incapacidad permanente total para su profesión habitual de ganadera.

En la segunda intervención de cervicotomía y biopsia del 02.11.20 no constaba que la paciente hubiera firmado la hoja de consentimiento informado, lo que el tribunal considera una omisión acreditada.

La sala afirma que, al no haber información por escrito y constancia en la historia clínica, se incumplió el deber de información reconocido en el artículo 4.1 de la Ley 41/2002, además de los artículos 5.2 y 8.3 de esa ley, y preceptos equivalentes de la Ley gallega 3/2002.

Aunque era la segunda intervención por el mismo motivo y la paciente ya conocía los riesgos asociados, la sala indica que no bastaba la información verbal que el responsable del servicio dijo haberle facilitado, por lo que mantiene la indemnización por esa deficiencia.

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

- La cancelación sin aviso de una colonoscopia y una gastroscopia genera daño moral.

SAP de Vizcaya, nº 17/2026, de 13 enero, nº rec. 507/2023.

Un paciente tenía programadas una colonoscopia y una gastroscopia para el 26 de abril de 2022 en un centro hospitalario privado. Para poder someterse a ambas pruebas había seguido las indicaciones médicas previas, que incluían:

- Una dieta específica.
- La toma de medicación.
- La realización de análisis.
- La preparación necesaria para unas exploraciones invasivas.

El paciente acudió al hospital el día señalado y, después de esperar aproximadamente una hora, se le comunicó que las pruebas no podían realizarse porque el facultativo encargado se encontraba de baja.

Considera que la cancelación no fue un hecho inevitable, sino una deficiencia organizativa imputable al centro, porque la prestación sanitaria comprometida no pudo realizarse en la fecha programada y no se acreditó que el hospital hubiera adoptado medidas suficientes para afrontar la ausencia del especialista.

La sentencia afirma:

“En el ámbito sanitario, especialmente cuando se trata de procedimientos invasivos que requieren preparación estricta, la organización del servicio debe prever contingencias como la ausencia de un facultativo, asegurando la disponibilidad de otro profesional cualificado. No es por ello, un supuesto de fuerza mayor ni caso fortuito y así la falta de sustitución implica un incumplimiento contractual y una vulneración del deber de diligencia exigible al prestador del servicio, conforme a los artículos 1101 y 1258 del Código Civil y a la normativa de consumidores (arts.

147 y 148 LGDCU), que establece responsabilidad objetiva en la prestación de servicios sanitarios. No basta con alegar fuerza mayor si no se acredita que se adoptaron todas las medidas razonables para evitar el perjuicio, como disponer de un equipo alternativo o reprogramar la prueba en el mismo día”

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

- Se estima en primera instancia la indemnización por negligencia médica más alta de la historia de España: 13,3 millones de euros.

Por Carmen González Carrasco y Teresa Fresneda González. CESCO.

“El Juzgado de Primera Instancia nº 103 de Madrid (actualmente integrado en la Plaza 103 de la Sección Civil del Tribunal de Instancia de Madrid) dictó la Sentencia 79/2026 de 26 de marzo, por la que estimó la demanda de reclamación de los daños derivados de una hipoxia intraparto sufrida en el Hospital (público) de Sagunto el 18 de noviembre de 2019. El neonato, un niño de seis años en la actualidad quedó con secuelas consistentes en parálisis cerebral, retraso madurativo, epilepsia, ceguera cortical y disfagia orofaríngea, presentando dificultades para alimentarse con normalidad que se han traducido en un grado de discapacidad del 87%, con dependencia de tercera persona para todas las actividades de la vida diaria. La sentencia rechaza la excepción de falta de legitimación pasiva puesta por las aseguradoras de la responsabilidad civil de las profesionales intervinientes en el parto y las condena dentro de los límites de las respectivas coberturas de sus pólizas privadas, a 6.106.275,18 € de principal más intereses de demora del artículo 20 LCS, que según la sentencia proceden desde el mismo día nacimiento del niño (fijado en el fallo, por error, en el año 2018), alcanzando una cifra cercana a los 13,3 millones de euros. No se establece la solidaridad ni un reparto de responsabilidad específico en atención a la intervención de las distintas aseguradas”.

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

XI.- SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- Coordinación sanitaria: un reto para el Sistema Nacional de Salud.

Informe SESPAS 2026.

“La coordinación sanitaria salva vidas, reduce costes y es un imperativo ético para garantizar la equidad. Bajo este mensaje central, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) ha presentado hoy en rueda de prensa online su Informe bienal SESPAS 2026, formado por 14 artículos que abordan desde diferentes ángulos la coordinación sanitaria como una reforma estructural imprescindible para garantizar la cohesión, la eficiencia y la equidad del Sistema Nacional de Salud (SNS).”

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

- Encuesta Nacional de Salud Sexual 2025. Ministerio de Sanidad.

El objetivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS) es recoger datos sobre la población residente en España relacionada con aspectos como, entre otros, la información y la educación sexual recibida, las experiencias sexuales y la salud sexual.

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

XII.- CONTRATACIÓN PÚBLICA

- Tendencias y riesgos en la licitación del aseguramiento de la responsabilidad sanitaria: ¿puede una prima insuficiente constituir la oferta económicamente más ventajosa?

Nuria Garrido Cuenca, Catedrática Derecho Administrativo UCLM, Máster en Derecho Sanitario y Bioética.

“El aseguramiento de la responsabilidad patrimonial sanitaria se ha consolidado como un instrumento esencial de gestión del riesgo en los servicios públicos de salud, al permitir compatibilizar la reparación íntegra del daño con la estabilidad presupuestaria de las Administraciones públicas. Sin embargo, el incremento estructural de las primas de seguro en los últimos años ha puesto en cuestión la sostenibilidad de los modelos tradicionales de contratación”.

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

- Resumen de la Resolución 865/2026 del Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales.

TACRC nº 865/2026, de 21 de Mayo de 2026, nº rec 195/2026

La Resolución 865/2026, dictada el 21 de mayo de 2026 por el Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales, aborda el recurso especial en materia de contratación interpuesto por B. Braun Medical, S.A. contra la adjudicación del lote 36 del contrato denominado Suministro de materiales para el tratamiento y prevención de heridas crónicas, con destino a los centros sanitarios del Servicio Murciano de Salud.

La mercantil recurrente alegaba que la oferta de FARMABAN (adjudicataria) no se ajustaba al pliego porque el hidrogel ofertado no cumplía el requisito de ser estéril, al no constar la condición de “estéril” en el envase, etiquetado e instrucciones de uso, tal como exigirían las normas europeas

En segundo lugar, denuncia que se había valorado indebidamente la “capacidad bactericida” de los productos de FARMABAN, asignándole puntos en ese criterio pese

a que, según el propio informe técnico de la mesa, la empresa no había aportado “información técnica sobre su capacidad bactericida ni estudios de apoyo”, cuando el pliego exigía expresamente la presentación de estudios para poder valorar ese aspecto.

Para la resolución del recurso, el TACRC recuerda que la exclusión por incumplimiento de prescripciones técnicas sólo procede cuando el incumplimiento es claro, expreso y se refiere a requisitos objetivamente definidos en el pliego, sin necesidad de interpretaciones extensivas. Cita a este respecto su Resolución 1762/2021 y otras anteriores (1145/2017, 317/2018), en las que se establece que no puede exigirse a las proposiciones que recojan exhaustivamente todas las prescripciones del pliego, sino sólo aquellas necesarias para valorar la adecuación de la oferta, y que la exclusión requiere una oposición abierta y evidente a lo previsto en el PPT.

A partir de este planteamiento, el tribunal administrativo, y respecto de la primera alegación, advierte que B. Braun no cuestiona que el producto de FARMABAN sea en sí mismo estéril, sino únicamente que esa condición no aparece reflejada en el envase, etiquetado e instrucciones, como exigirían las normas UNE y las Directivas europeas. Tras analizar el pliego se comprueba que en él sólo se exige que los geles “sean estériles”, sin imponer de manera expresa que esa esterilidad conste en el envase, ni por remisión a normas UNE ni por otra vía.

Respecto de la segunda, en cambio, el cuadro de características del pliego establece que “Se deberán presentar estudios que avalen su eficacia frente a los distintos patógenos. Si el estudio es in vitro, la valoración final será tras comprobarse in vivo su comportamiento”.

Del tenor de esta cláusula, el Tribunal deduce que es obligatorio que los licitadores presenten estudios específicos sobre la capacidad bactericida de sus productos; no se trata de un mero elemento orientativo, sino de una condición para poder valorar el criterio. Al no aportar FARMABAN los estudios requeridos, se produce un incumplimiento del pliego:

“Por tanto, existe un incumplimiento de lo exigido en este, un defecto de aportación de la documentación requerida para la valoración, que no tiene carácter subsanable (por todas, Resolución 1041/2024, de 5 de septiembre). (...) La adjudicataria, que había obtenido 25 puntos en la valoración técnica, debía haber sido valorada con 18 puntos, descontando los 7 indebidamente asignados, por no aportar la documentación necesaria para la valoración, sin superar por tanto el umbral de 24,5 puntos de un máximo de 49 puntos correspondientes a los criterios sujetos a juicio de valor”.

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

- El TACP de Madrid avala el negociado sin publicidad para garantizar la continuidad de pacientes tratados con Prolastina.

TACP Madrid nº532/2025, de 18 de diciembre de 2025. nº 517/2025.

La resolución analiza el recurso especial interpuesto por CSL Behring, S.A. contra la adjudicación del contrato de suministro de Prolastina para el Hospital Universitario de Fuenlabrada, tramitado mediante procedimiento negociado sin publicidad. El contrato, adjudicado a Grifols Movaco, S.A., tenía por objeto el suministro de alfa-1-antitripsina para pacientes que ya venían recibiendo ese tratamiento.

La controversia se centraba en si el hospital podía acudir a esta vía excepcional, prevista para casos en los que el contrato solo puede encomendarse a un empresario determinado por razones técnicas. CSL Behring sostenía que no existía una verdadera exclusividad, ya que había otros medicamentos con el mismo principio activo y las mismas indicaciones terapéuticas. También alegaba que la Administración no había motivado suficientemente por qué debía excluirse la concurrencia de otros operadores.

El Hospital de Fuenlabrada defendió que no se trataba de comprar alfa-1-antitripsina para cualquier paciente, sino de asegurar la continuidad asistencial de cinco pacientes crónicos ya estabilizados con Prolastina. Según el informe del Servicio de Farmacia, al tratarse de un medicamento biológico derivado de plasma humano, su sustitución por otro preparado no podía presumirse, por posibles efectos sobre la tolerabilidad, la inmunogenicidad y la estabilidad clínica.

El Tribunal recuerda que el procedimiento negociado sin publicidad debe interpretarse de forma estricta, precisamente porque limita la publicidad y la competencia. Sin embargo, considera que en este caso la justificación no se basaba en una exclusividad genérica del producto, sino en una necesidad clínica concreta: mantener el mismo tratamiento en pacientes ya tratados: “la continuidad terapéutica solo puede justificar la exclusividad respecto de los pacientes que ya están siendo tratados con Prolastina, pero no debería extenderse a pacientes nuevos ni a nuevas indicaciones”.

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

- La Sala limita las penalidades previstas por Osakidetza ante situaciones de desabastecimiento de medicamentos.

STSJ País Vasco nº 390/2025, de 3 de Noviembre, nº rec. 81/2025.

Accord Healthcare, S.L.U. interpuso recurso contencioso-administrativo frente a la resolución del OARC del País Vasco que había confirmado los pliegos de un contrato de suministro de medicamentos licitado por Osakidetza. La mercantil solicitaba la anulación de varias cláusulas del PCAP y del PPT por entender que configuraban un régimen sancionador contrario a los límites de la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP), en particular en materia de penalidades.

El eje del litigio se sitúa en el tratamiento de las situaciones de falta de suministro por parte del adjudicatario. A juicio de Accord, las cláusulas permitían repercutir al contratista el coste íntegro de las adquisiciones realizadas a un proveedor alternativo, sin conexión necesaria con el perjuicio efectivamente sufrido y sin establecer un tope máximo. Sobre esa base, la recurrente invoca, entre otros motivos, la vulneración del principio de proporcionalidad, la generación de inseguridad jurídica y la ausencia de criterios objetivos para seleccionar al eventual proveedor sustituto.

La Sala reconoce que el diseño de estas cláusulas cumple una doble función. De un lado, una función resarcitoria, en la medida en que pretende compensar el daño derivado de la falta de suministro. De otro, una función coercitiva, orientada a asegurar que el contratista cumpla puntualmente con sus obligaciones. Precisamente por esta doble naturaleza, el tribunal concluye que el régimen establecido debe someterse a las exigencias de los artículos 192 y 193 LCSP, en particular a los principios de proporcionalidad y a los límites cuantitativos máximos allí previstos para las penalidades contractuales.

La Sala reprocha a Osakidetza no haber justificado de forma suficiente la necesidad de apartarse del esquema legal de penalidades ni las específicas características del contrato que pudieran legitimar un régimen más gravoso. También destaca que las cláusulas no fijan un techo máximo para las cantidades a repercutir al contratista, lo que tensiona los límites legales y el principio de proporcionalidad.

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

- Los 40 euros por costes de cobro se devengan por cada factura impagada, aunque se reclamen conjuntamente, salvo fraude de ley.

STS nº 698/2026, de 4 de junio de 2026, nº rec. 3358/2024.

La cuestión que debía resolver el Tribunal Supremo consistía en determinar si la cantidad fija de 40 euros prevista en el artículo 8.1 de la Ley 3/2004:

Se devenga por cada factura pagada fuera de plazo, aunque todas se acumulen en una única reclamación; o

Solo debe reconocerse una vez por cada reclamación administrativa o judicial formulada.

También debía aclararse si podían reducirse o denegarse los 40 euros atendiendo a criterios de proporcionalidad, razonabilidad, costes realmente soportados o a la condición del acreedor como cesionario profesional dedicado a la gestión de cobros.

Doctrina fijada por el Tribunal Supremo

Confirma que los 40 euros se devengan individualmente por cada factura cuyo pago se haya efectuado fuera del plazo legal o contractual.

La doctrina se formula en estos términos:

“El artículo 8.1 de la Ley 3/2004, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas para la lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales [...] debe interpretarse en el sentido de reconocer que los 40 € que prevé el párrafo primero de este precepto en concepto de indemnización al acreedor en los supuestos en los que el deudor ha incurrido en mora deben abonarse por cada una de las facturas pagadas con retraso”.

La sentencia añade dos precisiones esenciales:

“A estos efectos es irrelevante que las facturas se presenten junto con otras en una única reclamación administrativa”.

Y: *“Asimismo, resulta improcedente valorar si la indemnización es razonable o proporcionada”.*

En este mismo sentido véase STS de 29 de Junio, nº 801/2026, rec. 5336/2024.

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

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

- Esquema Nacional de Seguridad y PCAP.

TACRC Resolución nº 950/2026, de 4 de junio de 2026, nº rec 273/2026.

El Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales desestima el recurso presentado contra los pliegos del contrato para la gestión y prestación del transporte no sanitario de pacientes de Mutua Universal en Asturias.

La empresa recurrente cuestionaba principalmente tres aspectos: la falta de exigencia de una certificación específica de conformidad con el Esquema Nacional de Seguridad; el momento en que los licitadores debían disponer de los medios tecnológicos previstos en el pliego; y la posibilidad de valorar la conectividad con sistemas de otras entidades mediante una declaración del propio licitador, sin exigir certificados o informes técnicos adicionales.

Respecto de la alegación referida al cumplimiento del ENS:

“Hay que recordar, en este sentido, que el objeto del contrato es el servicio de gestión y prestación de un transporte no sanitario para los pacientes de la mutua contratante y que consiste, en resumen, en recibir las comunicaciones de asistencia de la mutua, tanto las programadas como las programadas inmediatas y que los cometidos principales del contratista es, según el PPT, organizar y planificar los medios personales y técnicos adecuados para atender a las solicitudes, comunicarse con los pacientes para fijar la fecha y hora de recogida, datos del conductor y vehículo encargado del servicio, controlar los traslados realizados y sus posibles

incidencias y dar traslado a la mutua de las prestaciones realizadas. Por eso, analizadas las circunstancias que concurren en la realización del contrato y el tratamiento de los datos que comportaban, el órgano de contratación, dentro de su innegable discrecionalidad técnica, decidió que no era necesaria la exigencia de una determinada certificación ENS en fase de licitación, máxime al no encontrarse los propios sistemas acreditados en el ENS, determinando un nivel concreto de seguridad, de forma que con las medidas exhaustivas que estaban previstas en los pliegos a estos efectos, determinó que cualquier medida a tomar estaba dirigida a la fase de ejecución del contrato”.

La respuesta del Tribunal descansa en el criterio ya recogido en la anterior Resolución del TACRC 210/2026:

“no se aprecia en la cláusula considerada falta de determinación y, específicamente, no considera el Tribunal que la categoría de seguridad conforme al ENS pueda ser definida en el pliego, en tanto, si no es prima facie descartable que esta pueda ser exigida, deberá serlo en la fase de ejecución del contrato, a la vista de las exigencias de seguridad que sean establecidas por el responsable y el encargado del tratamiento previo cumplimiento de lo dispuesto en el citado artículo 24 de la RGPD, las cuales, según se desprende del informe del órgano de contratación”

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

- Contrato de gestión del servicio público. Prórroga. Fijación de doctrina.

STS nº 710/2026 de 8 de junio, nº rec. 7547/2024

El TS fija como doctrina jurisprudencial:

"en un contrato de gestión del servicio público, la imposición al contratista por parte de la Administración de la continuación del contrato, una vez finalizado el plazo máximo legal, incluidas las prórrogas, mientras se tramita la licitación de un nuevo contrato, en atención al fin público inmediato que se satisface con dicho contrato, cuando ni el contrato ni la legislación vigente en ese momento prevén esa continuación forzosa, los posibles daños y perjuicios derivados de la prolongación obligada de la prestación por el contratista deben ser asumidos por la Administración atendiendo al precio real del servicio en el momento en que se prestó".

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

XIII.- FARMACIA Y MEDICAMENTOS

- La gobernanza integral del acceso de medicamentos en España: hacia un nuevo modelo de acceso eficiente, equitativo y centrado en el paciente. Fundación Gaspar Casals.

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

3. BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

DERECHO SANITARIO

- La consulta clínica digital (y como evitar la "uberización" de la sanidad y una presentación low cost).

Pérez Gálvez, Juan Francisco.

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

- Autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios digitales.

Pérez Gálvez, Juan Francisco.

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

- Ética de la Inteligencia Artificial.

Rafael Amo Usanos, Sara Lumbreras Sancho e Íñigo Navarro Mendizábal.

Fuente: repositorio.comillas.edu

II.- Formación

DERECHO FARMACÉUTICO

- V Congreso de la Sección de Derecho Farmacéutico del ICAM.

El Ilustre Colegio de la Abogacía de Madrid celebrará los próximos días 17 y 18 de septiembre, el V Congreso de la Sección de Derecho Farmacéutico del ICAM, un encuentro en el que se analizará la actualidad sobre el régimen jurídico de medicamentos, productos sanitarios y otras tecnologías sanitarias, de las actividades industriales conexas y del ejercicio de la profesión farmacéutica y del abogado especializado en estas materias.

[Fuente: web.icam.es](http://web.icam.es)

DERECHO SANITARIO

- Inscripciones abiertas para el XXXIV Curso de Derecho Sanitario 2024 (presencial y on-line).

La Sección de Derecho Sanitario del Colegio de la Abogacía de Barcelona (ICAB) abre las inscripciones para el Curso especializado en Derecho Sanitario, que comienza el 7 de octubre de 2024. Formato presencial y on-line, a escoger.

Fuente: icab.es

- Espacio Europeo de Datos Sanitario. Webinar de la Asociación de Juristas de la Salud.

La Asociación de Juristas de la Salud, con la colaboración de la Dirección General de Salud Digital (ATD) de Castilla-La Mancha, y la Oficina del Dato de la JCCM, organiza webinar:

Fuente: ajs.es

SALUD DIGITAL

- XIII Congreso Internacional de Salud Digital. La salud que viene: inteligencia, datos y personas para transformar el cuidado.

Fuente: salud-digital.es

SALUD PÚBLICA

- Escola de Salut Pública de Menorca. XXXVII edición.

Fuente: cime.es

-NOTICIAS-

I. RESPONSABILIDAD SANITARIA

- El SAS, condenado a indemnizar a la familia de un niño que sufrió graves secuelas tras una colonoscopia.

Fuente: [Diario Sur](#)

- Condenan a Povisa por el suicidio de un paciente al que dejó sin vigilancia y a puerta cerrada.

Fuente: [La Voz de Galicia](#)

- El SAS deberá indemnizar con 56.000 euros a un hombre que quedó estéril tras recibir quimioterapia.

Fuente: [La Voz de Almería](#)

- La prueba pericial, un daño añadido a las negligencias médicas.

Fuente: [El País](#)

II. INTELIGENCIA ARTIFICIAL

- La Vanguardia reúne a los principales expertos en inteligencia artificial aplicada a la salud.

Fuente: [La Vanguardia](#)

- De un sistema reactivo a uno proactivo: así redefinirá la IA la relación con el paciente.

Fuente: [La Vanguardia](#)

- Algoritmos nómadas: el fin del aislamiento de las enfermedades raras.

Fuente: [The Conversation](#)

III. LEGISLACIÓN SANITARIA

- El tratamiento legal del aborto.

Fuente: [La Razón](#)

- La reforma procesal de la ley de eutanasia.

Fuente: [La Razón](#)

- El Gobierno aprueba el proyecto de reforma constitucional para blindar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

Fuente: [La Moncloa](#)

IV. DERECHOS DE PACIENTES

- El Tribunal de Estrasburgo da la razón al HUCA y al Sespa en hospitalizar a una mujer que quería dar a luz en su casa de Posada de Llanera.

Fuente: [Ine](#)

- De la nieta de Elvis a Nicole Kidman: las doulas que acompañan a morir y los riesgos de una 'profesión' en debate.

Fuente: [El Confidencial](#)

- Un juez afirma que un paciente no puede imponer un "tratamiento a la carta" para curarse un cáncer.

Fuente: [El Periódico](#)

V. PROFESIONES SANITARIAS

- Los médicos de Castilla-La Mancha podrán derivar pruebas a las mutuas para aliviar la presión asistencial y acortar la duración media de las bajas.

Fuente: [Cadena Ser](#)

- La Justicia confirma la sanción a un médico por atender en su consulta privada a pacientes que trataba en la sanidad pública.

Fuente: [Cadena Ser](#)

- La Junta impulsará una ley específica sobre agresiones a profesionales del sistema sanitario.

Fuente: [Europa Press](#)

VI. EUTANASIA

- Las muertes por eutanasia crecen en España con 565 casos en 2025, pese al debate por el caso Noelia.

Fuente: [ABC](#)

- Sanidad apuesta por un sistema de precios dinámicos para los medicamentos.

Fuente: [ABC](#)

- El Supremo reclama un cambio legal para resolver rápido los recursos contra la eutanasia y evitar otro caso Noelia.

Fuente: [El Diario](#)

- La demora media para completar el proceso de eutanasia en Euskadi es de 39 días, por debajo del máximo legal.

Fuente: [El Diario](#)

VII. MEDICAMENTOS

- La importancia de los ensayos clínicos y la investigación biomédica en la sostenibilidad del sistema sanitario.

Fuente: [El Mundo](#)

- La opacidad en los precios de los medicamentos no puede convertirse en ley.

Fuente: [Salud por Derecho](#)

VIII. DATOS SANITARIOS

- Del dato al valor: el reto del Espacio Europeo de Datos de Salud en España.

Fuente: [Univadis](#)

-BIOETICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

- Informe del Comité de Bioética de la Comunidad Foral de Navarra. Análisis ético sobre la atención a menores no acompañados.

El presente informe tiene por objeto analizar, desde una perspectiva bioética, la situación, atención y acompañamiento de los menores extranjeros no acompañados en la Comunidad Foral de Navarra con respecto al Centro de Observación y Acogida (COA) de Marcilla, identificando los principios, criterios y orientaciones que deben guiar las decisiones clínicas, sociales y administrativas que les afectan. Asimismo, pretende formular recomendaciones éticas destinadas a garantizar la protección de su dignidad, bienestar integral y el respeto a sus derechos fundamentales, en coherencia con el principio del interés superior del menor, promoviendo al mismo tiempo la cohesión social y la corresponsabilidad institucional y comunitaria.

Fuente: portalsalud.navarra.es

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

Fuente: sciencedirect.com

- Voluntades anticipadas: autonomía y dignidad al final de la vida.

La planificación anticipada de la atención médica por medio de las llamadas voluntades anticipadas es una herramienta que permite a los pacientes expresar, ya sea de forma oral o escrita, sus preferencias, valores y objetivos en relación con los tratamientos que desean o no recibir en el futuro, en caso de perder la capacidad de expresarlos por sí mismos, y es un mecanismo clave para garantizar el respeto por la autonomía del paciente que se ve en una situación clínica que imposibilita su comunicación. A pesar de que representa una estrategia esencial para la humanización de la atención sanitaria en el fin de vida, su integración en la práctica clínica aún resulta incierta, y en ese sentido, se enfatiza en la necesidad de explorarlo desde la Atención Primaria hasta el entorno hospitalario, lo que podría mejorar la calidad de vida, reducir la incertidumbre y fortalecer el vínculo entre paciente y profesional de la salud.

Fuente: resed.es

- Más allá del modelo médico: discapacidad psicosocial, derechos humanos e institucionalización. José Luis Rey Pérez. Universidad Pontificia Comillas

Pese a la protección otorgada por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad psicosocial está todavía presa del modelo médico, lo que provoca que las personas con esta discapacidad a menudo queden fuera de su protección. El artículo estudia como los diagnósticos, la práctica psiquiátrica y los tratamientos con psicofármacos contribuyen a la invisibilidad y vulneración de derechos de este colectivo. En concreto, se sostiene que el consumo de psicofármacos puede considerarse una nueva forma de institucionalización para las personas con malestar psíquico, una forma más sutil que pasa desapercibida y que deja atrás otras más explícitas como el internamiento o la hospitalización. En el artículo se exploran vías alternativas, como la atención comunitaria, así como la pertinencia o no del reconocimiento específico de derechos para estas personas.

[Fuente: turia.uv.es](http://turia.uv.es)

- La Bioética en Radio Castilla-La Mancha.

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

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA

I.- Bibliografía

BIOETICA

- Neuroderechos. Un viaje hacia la protección de lo que nos hace humanos.

Yuste, Rafael.

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

II.- Formación

BIOETICA

- Summer School 2026. Capacitación para participar en mesas técnicas y comités de bioética.

[Fuente: fundaciotorrentfarnell.org](http://fundaciotorrentfarnell.org)

PREMIOS

- **Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Concurso de premios para el curso académico de 2026.**

La real academia de medicina y cirugía de valladolid convoca un concurso de premios en investigación biomédica.

Fuente: ramycva.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	☐ Consiento que mis datos sean tratados conforme a las características del tratamiento previamente descrito. Puede retirar este consentimiento solicitándolo en el siguiente correo electrónico: asesoría.juridica@sescam.jccm.es