

- 37 **UNA REFORMA A MEDIDA DE LA INVESTIGACIÓN
EL ANTEPROYECTO DE LEY DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, A DEBATE**

M^ª DOLORES VILA-CORO, JAVIER SÁNCHEZ CARO,
FERNANDO ABELLÁN, EDUARDO OSUNA, TERESA ALFONSO.

171
Análisis

- 38 **MEDICAMENTOS Y DERECHO A LA INFORMACIÓN**

F. J. ANSUÁTEGUI Y M^ª DEL CARMEN BARRANCO.

179
Doctrina

- 39 **LA CRÍTICA PROFESIONAL A UN MÉDICO EN
UN DIARIO NO LESIONA SU DERECHO AL HONOR**

CRÍTICA PÚBLICA A MÉDICO QUE NO CONSTITUYE ATENTADO CONTRA EL DERECHO AL HONOR / HECHOS: declaraciones realizadas a diario por Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca de hospital en las que revela que un médico del Servicio realiza menos intervenciones por no dominar la operación de coronaria mediante su sustitución por la arteria mamaria / **DERECHO CONSTITUCIONAL AL HONOR:** no resulta lesionado el derecho al honor de un médico por declaraciones de crítica profesional basadas en hechos veraces, y justificadas por el interés público de la noticia.

*Tribunal Supremo. Sentencia del 14 de septiembre del 2004.
Ponente: Ruíz de la Cuesta Muñoz, Rafael.*

193
Civil

- 40 **CONDENA A FACULTATIVO Y SEGURO POR
DEFICIENTE TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN**

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR DEFICIENTE TRATAMIENTO TRAUMATO-LÓGICO (solidaria Sanitas y traumatólogo) / HECHOS: excesivo tiempo de inmovilización y prescripción de tratamiento ambulatorio -en vez de hospitalario- tras intervención por rotura de ligamento cruzado anterior durante práctica deportiva / **OBLIGACIÓN DE MEDIOS:** al facultativo se le suponen determinados conocimientos y actuar según la *lex artis* / **CARGA DE LA PRUEBA:** corresponde a la paciente probar la impericia / Regla de la sana crítica / *Artículos 1.101, 1.104 del Código Civil; art. 632 Ley Enjuiciamiento Civil 1881 / DOCTRINA TRIBUNAL SUPREMO: 8.9.1998 y 29 de julio de 1998. INDEMNIZACIÓN: 57.885,84 (9.631.393 ptas.)*

*Tribunal Supremo. Sentencia del 30 de diciembre del 2004.
Ponente: Ferrándiz Gabriel, José Ramón.*

196
Civil

- 41 **EL PROVEEDOR DE SANGRE INDEMNIZA AL HOSPITAL
POR SUMINISTRO DE PLASMA CON VHC**

RESPONSABILIDAD CIVIL POR NEGLIGENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA SANGRE (Mutualidad de Previsión Social Quinta de Salud la Alianza -MPSQSA- contra Banco de Sangre de la Cruz Roja): / HECHOS: mutualidad que indemniza a paciente infectada con el virus de la hepatitis por transfusiones realizadas con sangre infectada y suministrada por banco de sangre de Cruz Roja Española al que la MPSQSA reclama el reintegro de la indemnización abonada / **RESPONSABILIDAD POR CULPA** por deficiente adopción por el banco de sangre de controles y pruebas reglamentarias para el tratamiento de plasma / Aplicación de *artículos 27 y 28 de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios / INDEMNIZACIÓN: 54.091 euros.*

*Tribunal Supremo. Sentencia de 15 de noviembre de 2004.
Ponente: Romero Lorenzo, Antonio.*

198
Civil

- 42 **CONDENA A GINECÓLOGO POR DEMORAR
EL DIAGNÓSTICO DE UN TUMOR DE MAMA**

RESPONSABILIDAD DE GINECÓLOGO POR OMISIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS / HECHOS: fallecimiento de mujer por tumor de mama que no fue correctamente diagnosticado por no llevar un control inmediato y exhaustivo del bulto axilar de la paciente / Falta de acreditación de haber realizado ecografías por no aportar la historia clínica / **YUXTAPOSICIÓN DE RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL médica / Aplicación de los artículos 1101,1104 y 1902 del Código Civil y del art. 1692.4 LEC / DOCTRINA TS sobre yuxtaposición de culpas: sentencias del 11 de marzo de 1996 y 16 de febrero de 1995 / INDEMNIZACIÓN: 150.253,02 euros por daños morales a marido e hijos.**

*Tribunal Supremo. Sentencia del 23 de septiembre del 2004.
Ponente: González Poveda, Pedro.*

202
Civil

CONDENA PENAL A MIR POR ALTA PREMATURA SIN CONSULTAR CON ESPECIALISTA

43 **RESPONSABILIDAD DE MIR DE PRIMER AÑO EN URGENCIAS POR ALTA PREMATURA Y NO CONSULTAR CON EL ESPECIALISTA / Responsabilidad subsidiaria del Servicio Gallego de Salud / Falta de imprudencia leve por infracción del deber de cuidado / HECHOS:** paciente de 19 años que ingresa en Urgencias con mal estado general que es remitido a domicilio con el diagnóstico de viriasis y prescripción de antitérmico que vuelve al Servicio hospitalario una hora después en estado de gravedad / Segundo diagnóstico que detecta meningitis meningocócica Grupo C, que no logra evitar el fallecimiento a pesar de los esfuerzos realizados / Censura al hospital por recomendar y no obligar a utilizar todos los medios de contraste necesarios para un diagnóstico correcto / Primer ingreso en el que no se realiza punción lumbar ni fondo de ojo / **INDEMNIZACIÓN** (por daños morales, al padre del paciente fallecido): **70.000 euros.**
Audiencia Provincial de La Coruña. Sentencia del 28.09.2004. Ponente: Pía Iglesias, Juan Luis.

207
Penal

EL SUPREMO EXIGE ESPECIAL CUIDADO EN LA FORMULACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

44 **CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI):** obligatoriedad de su existencia por escrito/ **INFORMACIÓN AL PACIENTE:** completa, continuada, verbal y escrita sobre el proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento / **CARGA DE LA PRUEBA:** corresponde al servicio sanitario probar la constancia documental del CI / **HECHOS:** intervención para reducir fractura de Colles. **SECUELAS:** deformidad, limitación de 15 grados en la supinación y de 10 grados en la pronación, y ligera inclinación cubital de la muñeca / *Artículo 10 de la Ley General Sanitaria; Ley 41/2002* / **DOCTRINA DEL SUPREMO:** sentencia del 4 de abril de 2000 / **INDEMNIZACIÓN:** 35.349,42 euros.
Tribunal Supremo. Sentencia del 18 de enero de 2005. Ponente: Robles Fernández, Margarita.

212
Contencioso

LOS SERVICIOS DE SALUD MANTIENEN EL MISMO BENEFICIO DE JUSTICIA GRATUITA QUE EL INSALUD

45 **CALIFICACIÓN DE SERVICIOS AUTONÓMICOS DE SALUD COMO ENTIDADES GESTORAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** reconocimiento del beneficio de justicia gratuita al *Instituto Madrileño de Salud* / **COSTAS:** Exención de su pago a las personas y entidades con beneficio de justicia gratuita / *Aplicación de artículos 2.b de la Ley 1/1996 de Asistencia Jurídica Gratuita; 233 de la Ley de Procedimiento Laboral; 1 y 2 del Real Decreto 1479/2001* / **DOCTRINA DEL TRIBUNAL SUPREMO:** sentencia de 10 de noviembre de 2004 / Procedimiento laboral para el reconocimiento de despido como nulo, y no improcedente, como había declarado la sentencia del Tribunal Superior de Madrid
Tribunal Supremo. Sentencia del 27.12.2004. Ponente: Calvo Ibarlucea, María Milagros.

217
Social

MIR / EL SUPREMO CONFIRMA QUE GUARDIAS Y FORMACIÓN NO CUENTAN COMO JORNADA

46 **CONFLICTO COLECTIVO POR ADICIÓN A LA JORNADA ORDINARIA DE LOS MIR DE LAS HORAS DE GUARDIA (SERVICIO VASCO DE SALUD) / HECHOS:** petición de nulidad de la cláusula 4 c) del contrato tipo MIR que prevé la suma de las horas de guardia a la jornada laboral ordinaria / **LÍMITE MÁXIMO DE LA JORNADA LABORAL:** la suma de las horas de guardia a la jornada laboral ordinaria es conforme a Derecho si no supera el límite máximo de 58 horas semanales de promedio. / *Aplicación de artículos 17 Directiva 2000/34, 34 del Estatuto de los Trabajadores, y 39 de la Constitución* / **DOCTRINA DEL TRIBUNAL SUPREMO:** sentencia de 18 de febrero de 2003.
Tribunal Supremo. Sentencia de 9 de diciembre de 2004. Ponente: Martínez Garrido, Luis Ramón.

219
Social

LOS RIESGOS BIOLÓGICOS OBLIGAN AL EMPLEADOR A APLICAR PROTOCOLOS ESPECÍFICOS DE VIGILANCIA

47 **CONFLICTO COLECTIVO CONTRA MINISTERIO DEL INTERIOR:** inaplicación de 'Protocolo de vigilancia sanitaria del ministerio de sanidad para trabajadores expuestos a agentes biológicos' en centro penitenciario / Demanda de Comisiones Obreras para exigir realización de análisis y sentimiento de la tuberculosis en los términos de este protocolo a los trabajadores de Centro Penitenciario que han podido estar en contacto con interno enfermo de tuberculosis activa infecciosa / Inspección de Trabajo que exige a la dirección del centro el cumplimiento del Real Decreto 664/1997 / Riesgo superior de exposición a tuberculosis por personal que justifica la aplicación del Real Decreto 664/1997.
Tribunal Superior de Asturias. Sentencia 30 de julio de 2004. Ponente: González Rodríguez Jorge.

222
Social

48	<p>LA ASISTENCIA MÉDICA A BENEFICIARIOS DE BAJA COMPUTA EN LA RETRIBUCIÓN POR CUPO</p> <p>RETRIBUCIÓN POR CUPO DE MÉDICOS DE PRIMARIA DE VALENCIA / HECHOS: facultativo sde cupo que prestan asistencia médica a titulares en situación de baja sin derecho a asistencia sanitaria / FALTA DE PRUEBA por la Administración de la asistencia real prestada por los médicos al no aportar listados completos de beneficiarios con derecho o sin derecho a asistencia sanitaria / Carga de la prueba corresponde a la Administración por tener fácil acceso a los listados / Aplicación del artículo 217 de la Ley de Procedimiento Laboral y art. 217.6 LEC / DOCTRINA DEL TRIBUNAL SUPREMO: 27 de enero de 1992 y 29 de enero de 2004 / Auto de inadmisión de recurso de casación por faltar contradicción.</p> <p><i>Tribunal Supremo. Auto del 26 de octubre del 2004. Ponente: Martínez Garrido, Luis Ramón.</i></p>
49	<p>GALICIA / PLAN DE INSPECCIÓN SANITARIA 2005</p>
50	<p>CASTILLA Y LEÓN / PROCEDIMIENTO DE ESTATURIZACIÓN DE FUNCIONARIOS Y LABORALES</p>
	<p>LIBROS, RESEÑAS DE SENTENCIAS, RESUMEN DE PRENSA</p>
	<p>BOLETINES OFICIALES</p>

226
Social

229
Normativa

234
Normativa

239

241

LEX SANITAS ORO

Compendio Español de Legislación Sanitaria

[HTTP://WWW.ACTUALDERECHOSANITARIO.COM/LEXSANITASNEWS/LEXSANITASNEWS.HTM](http://www.actualderechosanitario.com/lexsanitasnews/lexsanitasnews.htm)

e-mail: ads@actualderechosanitario.com

Editada por
INSTITUTO
DE FOMENTO
SANITARIO
© Madrid 2004.
Todos los derechos
reservados.
Los contenidos
de esta publicación
no pueden ser
reproducidos, ni
comunicados
públicamente
en forma
alguna sin la previa
autorización por
escrito de la
empresa editora.

<p>DIRECTOR Iñigo Barreda</p> <p>REDACCIÓN Miguel Muñoz, Pedro Aitor Urcelay, Fernando Labrador</p> <p>MAQUETACIÓN IFS</p> <p>MARKETING Mercedes Moro</p> <p>ADMINISTRACIÓN Y SUSCRIPCIONES Inmaculada Romera C/ PORTUGAL, 3. 28224 - POZUELO DE ALARCÓN - MADRID Tf.: (91) 351.43.28 FAX: (91) 351.27.65</p>	<p>CONSEJO ASESOR</p> <p>PRESIDENTE HONORÍFICO Enrique Ruiz Vadillo, † <i>Magistrado del Tribunal Constitucional.</i></p> <p>PRESIDENTE José Manuel Martínez - Pereda, <i>Magistrado Jubilado del Tribunal Supremo.</i></p> <p>VOCALES</p> <p>José María Alvarez Cienfuegos, <i>Magistrado. Tribunal Supremo (Cont. Admvo.).</i></p> <p>José Antonio Seijas Quintana, <i>Presidente de la Audiencia Provincial de Asturias.</i></p> <p>Santiago Pelayo Pardos, <i>Abogado.</i></p> <p>Julio César Galán Cortés, <i>Abogado y Doctor en Medicina.</i></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

www.actualderechosanitario.com



ISSN: 1136-6869

DEPÓSITO LEGAL: M-39544-1994

ADS es una marca registrada.

I Compendio español de Legislación Sanitaria

LEX SANITAS ORO

ABSTRACT

TÍTULO: LEX SANITAS ORO, COMPENDIO DE LEGISLACIÓN SANITARIA (NACIONAL, INTERNACIONAL). **OBJETO:** BASE DE DATOS DE LEGISLACIÓN SANITARIA (1979-AÑO EN CURSO). **AÑO DE EDICIÓN:** 2004. **EDITORIAL:** INSTITUTO DE FOMENTO SANITARIO. **COORDINADOR:** INIGO BARREDA CABANILLAS. **FORMATO:** CD ROM. **TOMOS:** 10. **PÁGINAS:** 9300. **NORMAS RECOPIADAS:** 420. **ISBN:** 84-933816-5-9

INTRODUCCIÓN

EL REPERTORIO ANUAL DE LEGISLACIÓN SANITARIA, LEX SANITAS, QUE SE EDITA DESDE 1995, HA REFUNDIDO LOS 10 TOMOS PUBLICADOS HASTA AHORA EN UNA SOLA OBRA, LEX SANITAS ORO, CON MÁS DE 9300 PÁGINAS Y TEXTOS INTEGROS DE MÁS DE 400 REFERENCIAS LEGALES, ACCESIBLES EN CD ROM.

SE TRATA DEL I COMPENDIO ESPAÑOL DE LEGISLACIÓN SANITARIA PUBLICADO EN ESTE FORMATO, UN PRODUCTO ÚNICO EN EL MERCADO EDITORIAL, CUYO VALOR RESIDE NO SÓLO EN LA RECOPIACIÓN DE NORMAS MAYORES Y MENORES, SINO EN LOS COMENTARIOS Y ANOTACIONES A LA LEGISLACIÓN MÁS IMPORTANTE, REALIZADOS POR ACTUALIDAD DEL DERECHO SANITARIO.

LA VERSIÓN EN CD ROM DE LEX SANITAS ORO, CON FUNCIONES DE BÚSQUEDA, EXTRACCIÓN Y COPIADO DE TEXTO, RECOPIA NO SÓLO NORMAS SANITARIAS, SINO OTRAS DE AFECTACIÓN GENERAL CON INCIDENCIA EN EL SECTOR SANITARIO. ENTRE ESTAS, DESTACAN LA CONSTITUCIÓN, EL CÓDIGO CIVIL, EL CÓDIGO PENAL, EL RÉGIMEN JURÍDICO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS, LEGISLACIÓN FUNCIONARIAL, DE CONTRATACIÓN PÚBLICA, SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, PREVENCIÓN DE RIESGOS Y EL ESTATUTO DE LOS TRABAJADORES, ENTRE OTRAS.

SE RECOGE NORMATIVA SANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA, EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EL INSALUD, Y LOS SERVICIOS DE SALUD AUTONÓMICOS DESDE SU CREACIÓN. PARA UNA MAYOR FACILIDAD EN EL MANEJO DOCUMENTAL, SE HA CREADO UN ACCESO DIRECTO A LA NORMATIVA SANITARIA BÁSICA, TANTO DE LA UNIÓN EUROPEA COMO NACIONAL Y AUTONÓMICA. ALIMENTOS, BIOÉTICA, BIOMEDICINA, DROGODEPENDENCIAS, GESTIÓN, LABORAL, PROFESIONES, MEDICAMENTO, ORDENACIÓN FARMACÉUTICA, ORDENACIÓN SANITARIA, SALUD PÚBLICA, PRODUCTOS SANITARIOS, SANIDAD ANIMAL Y VIH-SIDA, SON ALGUNOS DE LOS RANGOS DE SELECCIÓN INCLUIDOS EN EL CD ROM, ACCESIBLE CON EL PROGRAMA ADOBE READER. OTRAS DISPOSICIONES BÁSICAS Y NO BÁSICAS ESTÁN DISTRIBUIDAS POR AÑO DE PUBLICACIÓN EN EL ANUARIO DE LEGISLACIÓN SANITARIA LEX SANITAS.

LA INFORMACIÓN SE COMPLEMENTA CON LA WEB DE ACCESO LIBRE WWW.ACTUALDERECHOSANITARIO.COM, EN LA QUE ADEMÁS SE PUBLICAN PROYECTOS LEGALES, NOTICIAS SANITARIAS, COMENTARIOS DE SENTENCIAS Y LEGISLACIÓN, UN GRAN ESPACIO VIRTUAL DE CONOCIMIENTO DE DERECHO, LEGISLACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA. LOS SUSCRIPTORES DEL CD ROM TENDRÁN UN ESPACIO WEB PROPIO DONDE CONSULTAR LA ÚLTIMA LEGISLACIÓN Y PROYECTOS LEGALES DISPONIBLES. LEX SANITAS ORO RECOGE, ADEMÁS DE LA NORMATIVA POR LOS ANUARIOS DE LEGISLACIÓN SANITARIA DESDE 1995, LEGISLACIÓN BÁSICA ANTERIOR A ESTE AÑO.

MÁS INFORMACIÓN EN

[HTTP://WWW.ACTUALDERECHOSANITARIO.COM/LEXSANITASNEWS/LEXSANITASNEWS.HTM](http://WWW.ACTUALDERECHOSANITARIO.COM/LEXSANITASNEWS/LEXSANITASNEWS.HTM)





El Anteproyecto de Ley de Reproducción Asistida, a debate



Una reforma a medida de la investigación

INFORMES ADS

Expertos analizan para ADS la última versión del texto legal, que prima la investigación sobre la donación

OPINAN

María Dolores Vila Coro
Directora de la Cátedra de Bioética y Biojurídica UNESCO.

Javier Sánchez Caro
UNIDAD BIOÉTICA Y ORDENACIÓN SANITARIA DE MADRID.
Subdirector Gral.

Fernando Abellán
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD.
Asesor Jurídico.

Eduardo Osuna
UNIVERSIDAD DE MURCIA.
Catedrático de Medicina Legal.

Teresa Alfonso
FACULTAD DE MEDICINA.
UNIV. ALCALÁ DE HENARES.
Dpto. Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales.

Conozca el texto del Anteproyecto de Ley de Reproducción Asistida en www.actualderechosanitario.com

Iñigo Barreda. La investigación celular y en particular sobre embriones humanos es una área preferente de los Gobiernos, independientemente de su signo político o ubicación geográfica.

La lucha por el protagonismo científico y las grandes inversiones económicas en distintos proyectos y centros de investigación han desembocado en una carrera hacia la búsqueda de nuevos desafíos que pasan por un adecuado enfoque ético, jurídico y social.

El Gobierno aprovecha ahora la reforma de la legislación sobre reproducción asistida para incluir los criterios de investigación sobre embriones humanos, abriendo la mano sobre todos los excedentes: tanto los sobrantes de intervenciones anteriores como los que se produzcan en el futuro cuando exista consentimiento de los progenitores o éste no sea renovado cada dos años.

La figura del consentimiento, que es ampliamente recogida en su articulado, juega aquí un papel esencial, en favor de los centros investigadores cuando no se renueva en un periodo de cuatro años consecutivos.

En la última versión conocida del Anteproyecto de Ley de Reproducción Humana Asistida la investigación con embriones tiene una preferencia absoluta sobre el objeto y título de la norma, es decir, las condiciones en las que debe realizarse la fecundación asistida.

Por otra parte, la donación de los embriones no aparece como una opción preferente de los progenitores, sino que está en igualdad de elección que la investigación o la destrucción, aspecto que llama la atención en una ley que tal y como postula su artículo 1 busca facilitar la procreación a personas con problemas de fertilidad.

Estas y otras cuestiones son el centro de discusión de varios especialistas en la materia consultados por *Actualidad del Derecho Sanitario*.

Analizan una norma de extraordinaria importancia ética, social y científica que no contempla la clonación terapéutica, que prohíbe la clonación reproductiva y la eugenesia. Asimismo, permitirá la selección de embriones con taras genéticas graves, y la intervención en éstos con fines terapéuticos.

ENTREVISTA A

María Dolores Vila Coro
Directora de la Cátedra de
Bioética y Biojurídica
UNESCO

ADS. El anteproyecto, ¿mejora en algo la legislación existente?

M.D.V.C. No la mejora en el aspecto ético, ni en el científico, ni en el médico. No aporta soluciones nuevas que hagan prever nuevas terapias ni descubrimientos de interés para la ciencia. Insiste en la utilización de los embriones humanos que tienen ahora menos protección que las crías y huevos de las especies protegidas por la ley. No me sorprendería que, sin llegar a valoraciones éticas, los ecologistas consideren este anteproyecto como un delito ecológico.

ADS. ¿Tiene algún aspecto positivo?

M.D.V.C. Se va a crear un **Registro de donantes y embriones**, que ya estaba previsto en la ley sobre técnicas de reproducción asistida del año 1988. Ésta es una noticia importante y muy positiva. El descontrol que supone que no exista, desde que empezó la fecundación *in vitro*, un registro nacional que controle el número de hijos que genera un mismo donante de gametos supone un riesgo gravísimo de uniones consanguíneas. Los hijos procedentes de fecundación *in vitro* pertenecen a la misma generación, normalmente vivirán en la misma área geográfica, frecuentarán lugares comunes y es muy probable que se encuentren, se conozcan, se relacionen y se casen: la probabilidad es muy elevada y la incertidumbre que puede ocasionarles si reflexionan sobre estos extremos les generará una gran inquietud y peores consecuencias. Todo cuanto antecede sin olvidar que con el **anonimato del progenitor, femenino o masculino** (cuando no de los dos) se conculca el derecho que tiene toda persona a conocer sus orígenes genéticos, como se proclama en nuestra Constitución y en el Código Civil que permite, en la investigación de la paternidad, toda clase de pruebas incluso las biológicas. La discriminación, como vemos, es flagrante.

ADS. ¿Qué aspecto negativo podría destacar?

M.D.V.C. El anteproyecto ofrece la posibilidad de investigar con todos los **embriones sobrantes**, no solamente con los congelados antes de la entrada en vigor de la ley de 2003, y suprime el **límite de ovocitos** que se pueden fecundar en cada ciclo reproductivo, lo que hace pensar en una cantera inagotable de embriones; se inscribe en la **bioética del utilitarismo total**. Sin analizar el punto de vista ético y limitándonos exclusivamente al aspecto científico y médico esta medida tan drástica tiene, a mi juicio, tres inconvenientes fáciles de observar.

1) Abrir con tanta facilidad la puerta a la investigación para conseguir efectos curativos de enfermedades, tiene la desventaja de que la abre también a la experimentación con embriones humanos. Y, ¿cuál es el límite de la experimentación? En EE.UU. se produjo un gran escándalo cuando se descubrió que se habían enviado embriones humanos, procedentes de la Clínica Reproductiva de la Universidad de California, a un laboratorio de zoología de la Universidad de Wisconsin.



“El Anteproyecto legal crea falsas expectativas en los enfermos, pues la investigación tardará muchos años en dar resultados”

2) Desincentivar la investigación con **células madres** que son las que están dando ahora resultados satisfactorios a la vista de las publicaciones de las revistas más autorizadas en estas materias. Los investigadores están hoy más cerca de aportar algo práctico a enfermedades como el *Parkinson* (que es una de las dolencias que se enarbola como bandera justificativa del uso de embriones) por la vía de las **células madre adultas** que de las embrionarias.

3) Crear falsas expectativas en los enfermos, dado que hoy la investigación está

muy lejos de producir resultados eficaces y se tardará todavía muchos años en conseguir itinerarios que conduzcan a terapias efectivas con células madre embrionarias. El desencanto redundará negativamente en la confianza que la sociedad presta hoy a la ciencia.

ADS. A la luz de las investigaciones sobre clonación terapéutica y su escaso éxito científico actual, ¿tienen justificación las medidas que se proponen?

M.D.V.C. No lo creo, porque las investigaciones se pueden hacer con **células de origen animal**. Hay mucho que investigar todavía con ratones y otros mamíferos antes de saber si las humanas sirven para algo. Lo que se sabe, hasta ahora, es que las células embrionarias producen rechazo en los pacientes y, debido a sus **efectos secundarios**, se ha desaconsejado su utilización porque los enfermos morían por los tumores producidos. Se conocen gran número de tratamientos eficaces a partir de células madre adultas que, al ser del propio paciente no le ocasionan efectos secundarios ni tumores. Las fuentes principales de células madre no embrionarias son: médula ósea, sangre periférica y sangre del cordón umbilical.

Las células madre de cordón umbilical se han utilizado para tratar cánceres, trastornos de la sangre y alteraciones genéticas como la leucemia, enfermedad de Hodgkin y anemia aplásica. Anualmente se realizan miles de **trasplantes autólogos** (usando células de uno mismo). Estas células son entre ocho y diez veces más prolíferas que las de la médula ósea y al ser inmunológicamente inmaduras tienen mayor probabilidad de ser compatibles entre los miembros de una familia.

ADS. El concepto de preembrión sigue utilizándose como salvaguarda de la investigación durante los primeros 14 días ¿Colisiona con alguna norma ética, deontológica, científica?

No es que colisione, sino que es un término que científicamente no se corresponde con nada. Antes del embrión solo están el óvulo y el espermatozoide, y tras la fecundación ambos se funden en una sola célula, que es el cigoto, comenzando el proceso de una nueva vida humana que termina con la muerte; adoptará el nombre de mórula, blastocito, etc, según la fase de desarrollo en que se encuentre, pero

todo forma parte del mismo proceso.

Algún científico ha llegado a decir que el **'preembrión'** es una entelequia. Curiosamente el Preamble de la *Ley 35/88* que introduce en España el término preembrión como montón de células, material humano, cita, para prestigiar su criterio, la *Recomendación 1046 del Consejo de Europa* como referente, pero en la Recomendación se afirma, por lo contrario, que "la vida humana desde la fecundación del óvulo se desarrolla de manera continua", que es lo opuesto a lo que la ley sostiene.

ADS. ¿Qué opinión le merece la manipulación del 'preembrión' vivo *in vitro* para tratar enfermedades?

Si se permite utilizar embriones porque su desarrollo vital es tan incipiente que no merece el respeto a su dignidad ¿por qué no utilizar a un enfermo que está en la UVI, o cuando sus condiciones físicas están tan degradadas que no puede realizar las funciones normales de un ser humano? Tan humano es el primero, aunque todavía no haya alcanzado su desarrollo, como el segundo que ha perdido sus potencialidades. Vemos la falsedad de estos argumentos por reducción al absurdo.

La técnica consiste en seleccionar un embrión sano para que se desarrolle en el seno de la madre y conseguir un bebé cuya médula, por medio de un **trasplante de células madre**, pueda curar al hermano que padece una determinada enfermedad.

Estas maniobras ni son tan simples ni tan seguras como se han tratado de presentar, porque suponen un alto costo en vidas humanas y no existe certidumbre de los resultados. Hay que tener en cuenta una serie de factores de los que nada se dice:

1º) Seleccionar entre los embriones el hijo esté sano.

2º) Tener en cuenta el sistema de histocompatibilidad con el hermano, para evitar el rechazo, que tiene una probabilidad baja, siendo necesario un número de embriones significativo para encontrar uno que sea compatible.

3º) Que el embarazo llegue a término, y

que una vez nacida la criatura el trasplante sea eficaz, y que se cure la enfermedad del hermano.

Se trata de un medio complicado que requiere la destrucción de muchos embriones sin garantías de coseguir el éxito final.

El proyecto dice que se podrá autorizar el **diagnóstico preimplantatorio con fines terapéuticos para terceros**, no en beneficio del individuo, en casos excepcionales.

Se introducen unos conceptos jurídicos indeterminados que abren caminos a la arbitrariedad. Admitir con carácter general el diagnóstico genético preimplantatorio se puede convertir en una forma encubierta de discriminación.



En algunos países asiáticos se practica la **selección de sexo** eliminando los embriones femeninos. En el Reino Unido, la selección del sexo de los embriones para cuestiones no médicas está prohibido por la *HFEA (Human Fertilisation and Embriology Authority)*, pero se está realizando una consulta pública para intentar cambiar la normativa que lo impide: los **bebés a la carta** están llamando a la puerta de los laboratorios.

Gran Bretaña realiza una consulta pública para cambiar la norma que impide seleccionar el sexo de los bebés

ADS. ¿Se olvidan otras áreas de investigación con mejores resultados y mayor proyección de futuro?

El doctor José López Barneo, en una reciente entrevista al diario *El País*, ha declarado que no es nada urgente disponer de células madre embrionarias, que hay todavía mucho trecho que recorrer, muchísimo que avanzar antes de que sean necesarias. Hace ocho años se empezó a investigar

con **células madre embrionarias humanas**.

El científico se pregunta ¿Cuántas terapias se han aplicado a pacientes en sitios donde está investigando muchísima gente y con muchísimos medios?

Hay inversiones multimillonarias de compañías norteamericanas privadas, pero hasta ahora no ha habido ningún avance, no ya terapéutico, sino científico, y lo poco que se ha publicado es muy preliminar.

Señala la existencia de intereses científicos y políticos que están confundiendo a la opinión pública. En Holanda, a partir de la despenalización de la eutanasia decayó la investigación sobre cuidados paliativos que en otros países como España, concretamente en Cataluña, ha avanzado notablemente poniendo la investigación al servicio del paciente no utilizando a éste en beneficio de terceros.

ENTREVISTA A

Javier Sánchez Caro
UNIDAD BIOÉTICA
Y ORDENACIÓN
SANITARIA DE MADRID.
Subdirector Gral.

Fernando Abellán
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FERTILIDAD.
Asesor Jurídico.

ADS. El anteproyecto, ¿mejora en algo la legislación existente?

Desde un punto de vista formal, hay una mejoría respecto de la situación precedente en cuanto que el texto del anteproyecto de Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida, conocido durante el pasado mes de febrero, viene a refundir las dos leyes existentes hasta la fecha, por un lado, la *Ley 35/1988* y, por otro, la *Ley 45/2003*, de reforma parcial de la anterior; y, además, incorpora gran parte de las recomendaciones formuladas en su día por la *Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida* y por el *Comité Asesor de Ética de Ciencia y Tecnología*, así como la doctrina sentada por el Tribunal Constitucional (sentencias 212/1996 y 116/1999).

Por lo que se refiere a las cuestiones de



fondo, sin perjuicio de lo que más abajo se dice, lo cierto es que el **anteproyecto mantiene**

muchas de las previsiones de la ley del 88, sobre todo en aspectos tales como la donación de gametos y embriones, el consentimiento informado de las parejas, la determinación de la filiación de los hijos nacidos de las técnicas de reproducción, etc.

ADS. ¿Tiene algún aspecto positivo?

Si tenemos en cuenta que el campo de la biomedicina y de las técnicas de reproducción asistida viene experimentado, desde el punto de vista científico y clínico, una evolución considerable durante los últimos tiempos, cuando se actualiza la normativa que lo regula desde hace casi diecisiete años, hay que pensar de entrada en la existencia de innegables efectos positivos, aunque sólo sea desde el punto de vista de la puesta al día del conocimiento sobre las posibilidades diagnósticas y de tratamiento de los problemas de **esterilidad y de las enfermedades de transmisión hereditaria**. Yendo, no obstante, a aspectos concretos, podemos destacar los siguientes:

- **Se elimina la limitación de fechas que establece actualmente la Ley 45/2003 (disposición final primera) respecto de la investigación con preembriones sobrantes supernumerarios** (sólo se autoriza ahora con aquellos que hayan sido crioconservados con anterioridad a su entrada en vigor), permitiéndola el anteproyecto sea cual sea el momento de su generación o congelación.

Y también se elimina la limitación, introducida igualmente por la ley 45/2003 antes citada, de un máximo de tres fecundaciones de ovocitos por ciclo (art. 4.2 de la ley).

Hay que tener en cuenta que estas limitaciones de la ley vigente se apoyan en la ficción de que no es posible que se generen preembriones sobrantes que no estén asociados a un proyecto reproductivo, bien de la propia pareja progenitora (que debe suscribir un 'compromiso de respon-

sabilidad' sobre sus preembriones sobrantes para utilizarlos en el futuro), bien de otra pareja distinta a la que pueden ser donados, y ello como única alternativa posible para el supuesto de que la pareja progenitora no los emplee en su propia reproducción (art. 11.3 de la ley).

Sin embargo, la realidad es que los centros de reproducción, sobre todo a raíz del **Real Decreto 1720/2004**, que estableció de forma muy amplia y flexible las patologías para las que podía superarse el número de tres fecundaciones de ovocitos por ciclo, vienen rebasando de forma generalizada el citado límite máximo, sobre la base de razones médicas de la pareja o de la mujer progenitora, dando lugar inevitablemente a un número de preembriones sobrantes respecto de los que, en muchos casos, es imposible garantizar un destino reproductivo.

El anteproyecto elimina el requisito de exigir una buena salud psicofísica de la madre para ser usuaria de las técnicas de reproducción asistida

Por este motivo, el anteproyecto, al hacer desaparecer las limitaciones referidas (sobre investigación con embriones y sobre número máximo de fecundaciones posibles) y prever la existencia de nuevos preembriones supernumerarios sin un fin necesariamente reproductivo hace un planteamiento más acorde con la realidad.

- Por otro lado, y desde un punto de vista clínico, es importante resaltar que **el anteproyecto elimina el requisito de la ley consistente en exigir una buena salud psicofísica para ser usuaria** de las técnicas de reproducción asistida (art. 2.1.b, de la ley actual), permitiendo con ello el acceso a las mismas de mujeres con enfermedades transmisibles que buscan precisamente (a través de la selección de embriones tras un diagnóstico preimplantacional) tener hijos sanos, lo que les resultaría lógicamente muy difícil dejándolo al azar de la reproducción natural.

- Otro aspecto a destacar a nuestro juicio es que se apuesta por la creación de un **Registro Nacional de Donantes y de un Registro de Actividades de los**

Centros de Reproducción Asistida.

El primero de ellos ya estaba previsto en la ley del 88 (disposición final tercera) aunque no se ha llegado a poner en marcha; y, el segundo, si bien no existe todavía oficialmente, es llevado en la práctica desde hace años por la Sociedad Española de Fertilidad, por lo sería más que aconsejable su colaboración en el futuro con el Ministerio de Sanidad y Consumo en esta tarea.

- También se refuerza el papel asesor de la **Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida**, a cuyo informe deberán someterse cuantas innovaciones técnicas se pretendan plantear; y se coordinan las técnicas de reproducción asistida con la Ley de Cohesión y Calidad al establecerse que la aplicación de las técnicas nuevas que puedan surgir en el futuro requerirá la autorización de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe de la Comisión Nacional referida, para su práctica provisional y tutelada como técnica experimental.

- En materia de **diagnóstico genético preimplantacional** se admite la técnica, tanto para la detección de enfermedades hereditarias graves de aparición precoz, como de aparición tardía, si bien en este segundo caso supeditada a la autorización expresa, caso a caso, de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe preceptivo favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida. Igualmente, se prevé también la utilización de esta técnica con **fines terapéuticos para terceros (hermano enfermo)**, debiéndose autorizar también caso a caso y con informe previo de la Comisión Nacional.

Cabe decir, sin embargo, que sería deseable limitar más esta segunda posibilidad en el sentido de dejar claro que no se pueda recurrir a ella cuando exista otra alternativa terapéutica equivalente, y que se eviten en cualquier caso situaciones que puedan suponer una cosificación de los embriones.

- Respecto de los **preembriones sobrantes congelados**, resulta loable el mecanismo que se contempla en el anteproyecto (art. 11.6 de este último) en virtud del cual cada dos años, como mínimo, se ha de solicitar de la mujer o de la pareja progenitora la renovación o modifica-

ción del consentimiento firmado previamente, estableciéndose que, si durante dos renovaciones consecutivas, fuere imposible obtener la firma del consentimiento correspondiente, los preembriones quedarán a disposición de los centros para su utilización a los fines previstos en la ley.

Debe recordarse que uno de los problemas de la ley de reproducción de 1988, hasta su modificación con la ley 45/2003, era la falta de concreción suficiente sobre el destino posible de los preembriones congelados, una vez transcurridos los plazos máximos de congelación.

- Por último, mejora a nuestro juicio la regulación de la **fecundación post mortem**, al rebajarse el requisito de la formalidad del consentimiento del marido, ya que actualmente se exige su plasmación en escritura pública o testamento (art. 9.2) y en el anteproyecto se prevé que baste su plasmación en el documento de consentimiento de las técnicas, lo que es acorde con algún pronunciamiento judicial habido sobre la materia, en el que quedó claro que lo verdaderamente relevante es que haya constancia escrita de la voluntad expresa del varón de tener un hijo después de su muerte.

ADS. ¿Tiene algún aspecto negativo?

Sin duda, muchas de las cuestiones tratadas en el anteproyecto son mejorables. No obstante, por fijar nuestra atención en algunas de ellas, podemos significar tres aspectos:

- Los diferentes destinos posibles de los preembriones criopreservados no responden a una decisión gradualizada (art. 11.4 del anteproyecto), esto es, no hay un árbol de decisión que permita defender a los preembriones antes de llegar a la investigación o al cese de su conservación.

En otras palabras, se permite la investigación como primera decisión de la pareja progenitora, en igualdad de condiciones que las alternativas reproductivas o que la propia destrucción, sin que haya por tanto una apuesta por primar el favor vitae de los preembriones.

Pensamos que, antes de cualquier otra finalidad, debiera garantizarse al máximo que los preembriones no se van a utilizar por la propia mujer o la

pareja y, tras ello, propiciar que, en todo caso, exista posibilidad preferente de donarlos a otras parejas con fines reproductivos.

“El texto actual prima la investigación sobre la donación de embriones, cuando debiera ser al revés”

- Aunque en el anteproyecto se dispone que, entre la información a facilitar a la mujer usuaria de las técnicas, habrá de incluirse en todo caso, la relativa a la de los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada (art. 6.2, del anteproyecto), **quizás resultaría conveniente establecer también una edad máxima de acceso a las técnicas**, con el fin de evitar casos estrambóticos de embarazos de mujeres de muy avanzada edad, alguno de ellos conocido recientemente a través de los medios de comunicación.

- Sin dejar de sostener el carácter anónimo de la **donación de gametos y embriones**, es posible también que haya casos excepcionales, como el de la **donación de ovocitos entre hermanas**, en que quizás podría pensarse en establecer un régimen equivalente al del trasplante de donante vivo, donde se ha suprimido dicho requisito (art. 5.2, in fine, del Real Decreto 2070/1999).

“Resulta conveniente limitar la edad de embarazo para evitar casos estrambóticos”

ADS. A la luz de las investigaciones sobre clonación terapéutica y su escaso éxito científico actual, ¿tienen justificación las medidas que se proponen?

El anteproyecto de ley sobre técnicas de reproducción humana asistida, en su versión conocida en febrero de 2005, no contempla la denominada clonación terapéutica.

Debe recordarse, en cualquier caso,

que, toda vez que dicha técnica supone la creación de embriones humanos con fines distintos a la reproducción, sería aconsejable que el legislador, por un lado, matizara el alcance de la prohibición contenida en el art. 161.1 del Código Penal, donde se castiga con pena de prisión de uno a cinco años e inhabilitación especial de seis a diez años, a quienes fecunden óvulos humanos con cualquier fin distinto a la procreación humana.

Y, por otro lado y al mismo tiempo, sería absolutamente necesario que se revocara la **prohibición del art. 18.2 del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina** (Convenio de Oviedo), vigente en España desde el primero de enero de 2000, que impide la constitución de embriones humanos con fines de experimentación.

TRIBUNA

Eduardo Osuna
UNIVERSIDAD DE MURCIA.
Catedrático de
Medicina Legal.

Los avances científicos y sus aplicaciones al terreno de la medicina plantean una gran número de interrogantes éticos y jurídicos en aquellas ocasiones en los que afectan a la esencia del ser humano. Es indiscutible que compete a la propia sociedad realizar sus valoraciones sobre los avances científicos y sus aplicaciones médicas. Pero también hemos de tener en cuenta que convivimos con individuos con intereses y sensibilidades muy diversas que con frecuencia entran en conflicto y que constituyen una sociedad plural, correspondiendo al Estado conciliar las diferentes posiciones dentro de los principios constitucionales.

Para evaluar desde el punto de vista ético el posible impacto que ocasiona la aplicación de las nuevas tecnologías tenemos que considerar los valores que se ven afectados y el grado de afectación. Siempre vamos a tener que ponderar y por tanto establecer jerarquías entre ellos. Y si e m p r e hemos de tener en cuenta que la jerarquía



establecida va a diferir entre los ciudadanos. El punto de partida es la protección de los derechos de la persona y dentro de los avances médicos, la obligación de atender a problemas de salud de los ciudadanos, pero sin vulnerar derechos de terceros. Por esta razón, es preciso valorar y considerar los riesgos que generan.

En muchas ocasiones percibimos incertidumbre y temor ante lo nuevo, consecuencia de una ausencia de información veraz y realista, que se potencia incluso desde determinados sectores de la sociedad. No debemos olvidar que es la sociedad quien debe juzgar la aplicación de nuevas medidas, ya que es quien recibe sus beneficios, quien puede sufrir sus consecuencias e incluso quien las financia.

En las dos últimas décadas estamos asistiendo, más que en épocas anteriores, a una amplia discusión sobre el alcance que tiene la libertad de investigación y experimentación científica en el campo de la biotecnología. Partimos de un reconocimiento constitucional de la producción y creación científica, pero la libertad de investigación no es un derecho absoluto.

La propia Constitución impone un decidido control que tiene su base en el respeto a derechos y deberes fundamentales. Los investigadores son moralmente responsables ante la colectividad, y no sólo los científicos, sino toda la sociedad debe estar implicada en las decisiones a tomar, con lo que nuevamente he de destacar la trascendencia de una información rigurosa, de un debate sosegado carente de visceralidad, ya que la falta de información o la información tendenciosa generan desconfianza. En mi opinión el debate que se está generando con motivo de la modificación de la Ley sobre Reproducción Asistida no es el mejor ejemplo de lo que sería deseable.

Nuevamente se reabren polémicas anteriormente tratadas. No nos encontramos ante problemas nuevos. Los interrogantes que surgen con el anteproyecto de la nueva Ley de Reproducción Asistida, han sido objeto de discusión desde la Ley 35/1988, reabiertos con la Ley 45/2003 y una vez más resurgen en el momento actual.

Las novedades del texto que será debatido en las próximas semanas, radican en facilitar al máximo que las parejas con

problemas de fertilidad puedan tener hijos, se generaliza la posibilidad de investigar con preembriones sobrantes, suprimiendo así la limitación establecida en la ley de 2003 por la que sólo puede investigarse con los embriones que hubieran sido congelados antes de su entrada en vigor y previo consentimiento informado de sus progenitores, se elimina la limitación del número de ovocitos a fecundar en cada ciclo reproductivo, con lo que se incrementarán las posibilidades de éxito de estos tratamientos y la creación de un Registro Nacional de Donantes y de un Registro de Actividades de los centros de reproducción asistida, como garantía de calidad y seguridad para los usuarios.

“Como base de este debate, que no es nuevo, están las diferentes posiciones sobre la naturaleza del embrión”

La Ley de 2003 intentaba agradar a quienes manifestaban su inquietud por el número de embriones congelados consecuencia de los tratamientos de fecundación in vitro, pero también a quienes preconizaban investigar con las células troncales pluripotentes de embriones sobrantes congelados.



Pero también dejaba insatisfechos a unos y a otros, al reducir la eficacia médica en los tratamientos de fecundación in vitro y al no autorizar la utilización en investigación de embriones congelados a partir de ese momento, permitiendo sólo la experimentación con células madre embrionarias en los embriones crioconservados hasta ese momento. Pero, no olvidemos tampoco, que el límite máximo de tres ovocitos fecundados y transferidos

a la mujer, reduce, pero no elimina la existencia de embriones sobrantes crioconservados.

Es sobradamente conocido el importante debate generado por la acumulación de embriones sobrantes congelados y su posible utilización con fines de investigación mediante la utilización de las células troncales pluripotentes al aplicarse en la terapia celular. Como base de este debate, que como antes señalaba permanece y no es nuevo, están las diferentes posiciones sobre la naturaleza del embrión. Nos encontramos ante planteamientos que consideran al embrión como un individuo desde el momento de la concepción, frente a posiciones que hablan de una protección progresiva, al considerar que sólo se convierte en individuo cuando nace.

Aun cuando partimos de importantes discrepancias, es necesario contribuir al debate social, huyendo de posiciones partidistas que nos permita llegar al mayor consenso posible y que oriente la política legislativa del Estado. La Ley 45/2003, se distancia de posiciones extremas al mantener que el embrión in vitro requiere una protección jurídica, pero no absoluta. Son muchas las opiniones desde el punto de vista constitucional que sostienen que el embrión in vitro no es jurídicamente una persona, ni titular de derechos fundamentales, pero tampoco significa que se considere como un objeto, careciendo de protección alguna. Igual posición mantiene el Tribunal Constitucional en las sentencias 53/1985, 212/1996 y 116/1999, declarando que la vida prenatal es objeto de protección con diferente intensidad en atención a la proximidad del nacimiento. Frente a la alternativa de la destrucción de los embriones sobrantes se posibilita su aplicación a la investigación en beneficio de la salud.

Otra cuestión de amplio debate es la relacionada con el diagnóstico genético preimplantacional en la selección de embriones con fines terapéuticos. El borrador de la Ley permite hacer el diagnóstico preimplantacional para seleccionar preembriones y utilizarlos en casos excepcionales con fines terapéuticos para terceros, para lo cual se requerirá la autorización expresa, caso a caso, de la autoridad sanitaria correspondiente y el informe favorable de la Comisión de Reproducción Asistida, que deberá eva-

luar las características de cada caso. Este aspecto también está siendo sumamente debatido. Surge la pregunta, ¿es ético concebir un hijo para salvar la vida de otro?. Nuevamente las posiciones son contrapuestas. Nos encontramos ante quienes rechazan esta solución al considerar que nunca una vida puede generarse con un fin programado independientemente del fin que se persigue, frente a quienes la aceptan al considerar que este fin sí justifica los medios.

Aun cuando permanecen encontradas las posturas que abordan las cuestiones desde puntos de vista que podemos denominar como metafísico-teológicos, desde un punto de vista científico se ha llegado a un elevado nivel de acuerdo al establecer diferentes etapas en el proceso de desarrollo del embrión. El debate está en la consideración del embrión humano y por tanto su destino durante los primeros catorce días de desarrollo cuando todavía no tiene fijadas las propiedades de unicidad (ser único e irreplicable) y de unidad (ser uno solo) que determinan su individualidad.

En conclusión, estamos ante situaciones que hasta hace poco tiempo eran relatos de ciencia ficción y que invitan a una seria reflexión. La sociedad, los poderes públicos y el ordenamiento jurídico deben adoptar decisiones desde la certeza y la racionalización buscando el máximo de consenso. Esto obliga a una rigurosa información de la opinión pública que nos compete a todos.

ENTREVISTA A

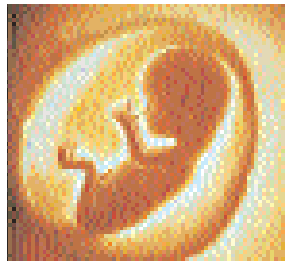
Teresa Alfonso
FACULTAD DE MEDICINA.
UNIV. ALCALÁ DE HENARES.
Dpto. Ciencias Sanitarias
y Médico-Sociales.

ADS. El anteproyecto, ¿mejora en algo la legislación existente?

El anteproyecto de Ley sobre técnicas de reproducción asistida, pretende sustituir, derogando a la Ley 35/1988 de 22 de noviembre, con sus modificaciones de la Ley 45/2003 de 21 de noviembre y el Real Decreto 2132/2004 de 29 de octubre.

La normativa anteriormente citada, que

aún está en vigor pero que podría verse sustituida por la nueva Ley, permite la investigación sobre los 'preembriones' crioconservados sobrantes de las técnicas de reproducción asistida con una serie de condiciones y garantías para la donación por parte de los progenitores y una serie de requisitos de justificación de los proyectos de investigación. La normativa no parece dar a los preembriones una protección jurídica de reconocimiento de su dignidad humana, pero sí deja traslucir que este tipo de prácticas e investigaciones constituyen algo que por su índole especial ha de estar debidamente supervisado y controlado y sometido a autorizaciones previas.



El anteproyecto de Ley que actualmente se ha conocido se caracteriza por omitir cualquier referencia, ni directa ni implícita, al valor ético y humano del preembrión, de modo que éste queda reducido a una condición equiparable a la de los gametos o a la de los tejidos humanos, a los que la Ley reconoce el no poder tener carácter lucrativo o comercial en su donación. Este anteproyecto no parece mejorar la legislación existente, que era algo más prudente y garantista.

ADS. ¿Tiene algún aspecto positivo?

El nuevo anteproyecto no aporta nada positivo. Facilitaría aún más las técnicas de reproducción asistida, las técnicas terapéuticas posibles en el preembrión in vitro y la utilización de preembriones con fines de investigación, que aunque se puede aducir que son fines positivos, deberían estar matizados en sus aspectos éticos, en las condiciones mínimas de su legitimidad y siempre supervisados. Este control y supervisión, que ya recaía en la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, le da a ésta aún más discrecionalidad en la aplicación de una ley que es sumamente permisiva.

ADS. ¿Qué aspecto negativo podría destacar?

Habida cuenta de las amplias competencias de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (artículo 19 del anteproyecto de ley) el aspecto negativo más importante depende de que esta Comisión esté constituida en su mayor parte por expertos que son "juez y parte interesada" en la aplicación de estas técnicas.

“El aspecto negativo más importante es que la CNRHA está constituida por expertos que son juez y parte”

ADS. A la luz de las investigaciones sobre clonación terapéutica y su escaso éxito científico actual, ¿tienen justificación las medidas que se proponen?

A la luz de este anteproyecto de ley, las medidas que se proponen parecen ir encaminadas a utilizar la angustia legítima de los posibles beneficiarios de las técnicas de clonación terapéutica para tratar de obtener éxitos terapéuticos en el campo de la investigación científica, por procedimientos en los que el pragmatismo utilitarista puede superar a la ecuanimidad, prudencia y ética científica.

ADS. El concepto de preembrión sigue utilizándose como salvaguarda de la investigación durante los primeros 14 días. ¿Colisiona con alguna norma ética, deontológica, científica?

No se garantiza una adecuada protección del embrión conforme con el Convenio de Biomedicina de Oviedo

El concepto de preembrión constituye una verdadera coartada moral o, dicho de otro modo, un mecanismo de compensación psicológica por el que el investigador racionaliza la utilización y destrucción de embriones humanos, imaginando que en los primeros catorce días tendrían menor dignidad humana y por lo tanto menos derecho a ser respetados y protegidos como titulares de derechos humanos. Es oportuno recordar el artículo 18 del

"Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina" del Consejo de Europa, que en su apartado 2 prohíbe explícitamente la constitución de embriones humanos con fines de experimentación, y en el apartado 1 señala que "cuando la experimentación con embriones *in vitro* esté admitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión".

ADS. ¿Qué opinión le merece la manipulación del 'preembrión' vivo *in vitro* para tratar enfermedades?

En la apertura de nuevos horizontes de la ciencia, los investigadores pueden trabajar en las situaciones límites. Esto ha sucedido en muchos campos como los trasplantes, la muerte cerebral, el tratamiento de la intersexualidad o la cirugía reparadora.

Por lo tanto no es rechazable *a priori* la manipulación del 'preembrión' para tratar

enfermedades. Lo que sí puede ser rechazable es crear preembriones con esta finalidad cuando existen condenados a morir y es rechazable "cosificarlos". Estas investigaciones y tratamientos experimentales deberían estar regulados ética y científicamente, con arreglo a normas supranacionales de la Unión Europea e inspiradas en los Convenios y recomendaciones internacionales, tales como las del Consejo de Europa, y con controles éticos independientes ajenos a los de los propios investigadores y a los de la propia Administración.

Sobre la avanzadilla de España por protagonizar la investigación con células madre parece tramposa, en el sentido de que juega con desechar los frenos de valor ético para correr más en busca del éxito científico. Pero estos valores éticos no son algo que pertenecen solamente a algunas conciencias, sino que constituyen componentes ónticos de la humanidad, con un peso que es independiente de las raíces filosóficas o de las convicciones religiosas de los investigadores, los médicos o la

población. Pero esta perspectiva prefiere ignorarse y el dolor y la esperanza manipularse con fines, como se ha dicho antes, utilitaristas.

Este anteproyecto de Ley, en su artículo 6 señala que "toda mujer mayor de dieciocho años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en la presente Ley (...)". Ello conduciría a una total libertad en la utilización de estas técnicas sin ningún freno respecto al hogar de los niños nacidos mediante estas técnicas. En este sentido parece oportuno recordar que no hay un derecho objetivo a ser padre ni madre, y que sí lo hay en cambio a que el niño y el embrión estén protegidos.

En conclusión no parece esta la forma de hacer avanzar la ciencia, la solidaridad, el bienestar y el Derecho Sanitario en España.

Novedades ADS

CD ROM Actualidad del Derecho Sanitario
Nueva actualización de la base de datos
Abierto periodo suscripción-renovación 2005
Más de 1200 resoluciones y 500 normas

REVISTA Actualidad del Derecho Sanitario
Abierto periodo suscripción-renovación 2005
Civil - Penal - Contencioso - Social - Boletines

CD ROM Lex Sanitas Oro
Compendio Español de Legislación Sanitaria
Nueva actualización de la base de datos
Abierto periodo suscripción-renovación 2005
Más de 10.000 páginas y más de 1000 normas

CD ROM Información Clínica y Derechos de los Pacientes
Nueva actualización de la base de datos
Abierto periodo suscripción-renovación 2005

LEGISLACIÓN LABORAL DEL PERSONAL SANITARIO
Éxito de difusión. Solicítelo, con descuento especial a suscriptores ADS.



ADS en Internet

TEXTOS DE ACTUALIDAD

- Anteproyecto de Ley de Reproducción Asistida (febrero 2005)
- Libro Blanco de la Dependencia

TEXTOS LEGALES DE ACCESO LIBRE

Ley de Información Clínica
Ley del Estatuto Marco
Ley Profesionales Sanitarias
Ley Cohesión y Calidad SNS

Medicamentos y derecho a la información

FRANCISCO JAVIER ANSUÁTEGUI ROIG.

CATEDRÁTICO DE FILOSOFÍA DEL DERECHO. UNIVERSIDAD DE JAÉN.

M^a DEL CARMEN BARRANCO AVILÉS.

PROFESORA TITULAR DE FILOSOFÍA DEL DERECHO. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ DE HENARES.

Los autores analizan en este estudio la evolución del derecho a la información del medicamento por los consumidores a través de la Ley de Autonomía del Paciente, la Ley del Medicamento y normas que las han desarrollado en relación con el prospecto, la receta, el envase, la ficha técnica y a la publicidad. Consideran que la regulación de la información de las especialidades farmacéuticas coloca al consumidor en una situación de desprotección, habida cuenta, por ejemplo, que se permite a los laboratorios omitir determinada información que pueda ser relevante para la toma de decisión del paciente. Subrayan, en este sentido, que a la autonomía del paciente en relación con el medicamento le queda un largo camino por recorrer, aunque detectan un ligero avance desde la Orden Ministerial de 1982, ya que el Real Decreto 2236/93 sobre etiquetado y prospecto de los medicamentos contempla la información como un derecho de los ciudadanos frente a los laboratorios, orientada además al ejercicio de la autonomía. La publicidad de medicamentos es otro aspecto que preocupa a los redactores del trabajo por su distinto formato, calidad y cantidad, en función de a quién vaya dirigida (profesionales o ciudadanos), y recuerdan la responsabilidad en que pueden incurrir los medios de comunicación y los titulares de soportes publicitarios si publican información contraria a los requisitos legales, haciéndola extensiva a la información vertida en Internet.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN. 1) SOBRE EL SENTIDO DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO. INFORMACIÓN Y AUTONOMÍA. **1.1)** La información 'terapéutica'. El paciente 'menor de edad.' **1.2)** La transformación de la relación médico paciente y la información como presupuesto del consentimiento. 2) LA INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON LOS MEDICAMENTOS ¿ORIENTADA AL CONSENTIMIENTO O TERAPÉUTICA?. **2.1)** Los medios y la actitud del Derecho. **2.2)** La receta. **2.3)** Etiquetado, prospecto y ficha técnica. **2.4)** La publicidad. **2.5)** Especial referencia a Internet como medio publicitario. 3) CONCLUSIÓN Y PROPUESTA.

INTRODUCCIÓN

La historia de los derechos fundamentales puede entenderse como un proceso de progresiva emancipación del ser humano frente a situaciones de dominación. Este es el sentido primigenio de los derechos, que se presentan en las primeras declaraciones históricas como límites frente al poder político. En los últimos tiempos, se pone de manifiesto que en la vida social existen poderes distintos del político que pueden poner en peligro la autonomía individual, y relaciones entre privados en las que el desequilibrio entre las partes justifica la necesidad de hacer eficaces los derechos también entre particulares.

El ámbito sanitario constituye uno de esos sectores en los que la irrupción de los derechos no se ha producido hasta hace relativamente poco tiempo. De modo parecido a lo que sucede en el ámbito de la familia con el hombre y la mujer, la relación entre el ciudadano y los agentes públicos o privados de la salud' no era considerada por el Derecho como una relación entre iguales. En la concepción presente en nuestro Derecho, el paciente es un sujeto incompetente en relación con las decisiones que se refieren a su salud. Esta situación cambia en 1986, con la Ley General de Sanidad. A pesar de

ello, el sector de los medicamentos permanece parcialmente ajeno a esta nueva situación.

La industria del medicamento está fuertemente regulada, pero entre los principios que inspiran el Derecho Farmacéutico no se encuentra el de la autonomía del 'consumidor-usuario', sino exclusivamente el de su protección. Protección que ciertamente es necesaria, porque nos encontramos ante un terreno abonado para el conflicto entre la salud y los intereses económicos, pero que no se ve suficientemente acompañada de medidas que tiendan a reforzar la capacidad y la competencia del ciudadano. Una información adecuada puede resultar una herramienta extremadamente útil al respecto.

A continuación intentaremos ofrecer un panorama sobre el sentido y la justificación del derecho a la información en el ámbito de la salud, sobre la realidad del Derecho español en este tema y sobre los nuevos retos que plantea la implantación de las nuevas tecnologías de la información.

El presente trabajo ha sido elaborado en el contexto del proyecto *Pharmaceutical Policy In Light Of The Social Sciences*, financiado por la Fundación Merck.

1) SOBRE EL SENTIDO DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO. INFORMACIÓN Y AUTONOMÍA

En las distintas esferas en las que se desenvuelve la actividad del ser humano, la información aparece como presupuesto de la libertad. Éste es el sentido del reconocimiento derecho a la información en el art. 20 de la Constitución española. El ámbito sanitario no constituye una excepción. Ciertamente, los principios en los que se basa la actuación médica y que definen la relación médico-paciente han sufrido un cambio vertiginoso en los últimos tiempos. El principio de autonomía pasa a desempeñar un lugar esencial y, para que esta autonomía sea efectiva, requiere de la información. Ello en mayor medida en un ámbito en el que la reflexión que precede a la adopción de decisiones debe ir acompañada de una serie de consideraciones de indudable complejidad técnica y que generalmente resultan incomprensibles para el paciente.

Quizá sea ésta una de las razones que han justificado que hasta épocas recientes la relación médico-paciente haya sido montada sobre bases paternalistas. Sin embargo, el desarrollo de la bioética¹ ha estado orientado en buena medida a subrayar que esa 'inimputabilidad' del paciente constituye más un mito que una realidad.

1.1) La información 'terapéutica'. El paciente 'menor de edad'

Efectivamente, hasta la Ley General de Sanidad 14/1986, el alcance de la información en las relaciones sanitarias es muy reducido y se orienta exclusivamente a aquellos aspectos en los que el éxito del tratamiento requiere la colaboración del paciente. *Es la información denominada 'terapéutica'*. Se trata de una obligación de los agentes sanitarios -en ningún caso constituye un derecho del paciente-, y son éstos quienes determinan el tipo de información que conviene proporcionar en atención al interés del paciente. El sistema sanitario coherente con la información terapéutica es un sistema paternalista en el que el paciente es tratado como un menor de edad. Sin embargo, en los últimos tiempos, las relaciones en el ámbito sanitario están siendo sometidas a un proceso de revisión que viene motivado por una nueva forma de entender los derechos en el ámbito de la salud.

A partir de la entrada en vigor de la Constitución Española

de 1978, los derechos fundamentales irrumpen en numerosos ámbitos de la existencia, entre ellos en el ámbito de la salud. Desde este momento, el punto de vista de los derechos fundamentales resulta relevante en materia de salud en relación con distintos aspectos. El reconocimiento del derecho a la salud, la intervención en la industria del medicamento y la protección de determinados derechos en relación con cuyo ejercicio los pacientes se encuentran en situaciones especiales, son cuestiones sobre las cuales los conflictos en torno a derechos se ponen frecuentemente de manifiesto. Quizá el aspecto más notable de este fenómeno lo constituye el reconocimiento del 'derecho a la salud' en el artículo 43 de la Constitución española, como un derecho de carácter prestacional en relación con el cual la Administración aparece como deudor. Esta relación entre Administración sanitaria y titular del derecho fundamental a la salud, es la más evidente, pero no la única que puede verse afectada por los derechos. El ámbito sanitario es uno de los tradicionalmente más sometido a medidas de regulación justificadas en la idea de 'salud pública', concepto de difícil aprehensión en el que están en juego derechos individuales y bienes colectivos desde los que se limitan otros derechos. Por último, y éste es el extremo al que se refiere el trabajo, existen determinados derechos cuyo ejercicio en el contexto de las relaciones sanitarias se ha visto tradicionalmente limitado. Es interesante emplear algunas líneas a plantear este aspecto, por su relevancia para comprender la toma de postura a propósito del problema central del trabajo -que, no conviene perder de vista, es el de la información en relación con los medicamentos-.

Básicamente, la innovación en el tratamiento jurídico de esta materia, hacíamos referencia a ello, tiene que ver con la defensa de los derechos en las relaciones entre particulares siempre y cuando en este contexto se reproduzca una situación de dominación equivalente a la que existe entre el individuo y el Estado. **En el ámbito sanitario, esta nueva concepción se refleja en una doble exigencia: por un lado, se refiere a la necesidad de una protección efectiva de los derechos del paciente frente a los agentes de la salud -por ejemplo, intimidad en relación con sus datos de carácter personal- y, por otra parte, debería suponer la necesidad de considerar al paciente como un sujeto autónomo (y, en este sentido, como auténtico agente).**

Como también se apuntó, nos encontramos ante un sector

de actividad intensamente intervenido, de forma que el aspecto realmente novedoso se refiere a la necesidad de extraer consecuencias jurídicas de la autonomía del paciente. Efectivamente, en la concepción presente en nuestro Derecho hasta la Ley General de Sanidad, el paciente es un sujeto incompetente en relación con las decisiones que se refieren a su salud, por lo que la costosa extensión del principio de autonomía a las relaciones sanitarias se ha visto precedida de una amplia reflexión en el ámbito de la bioética que trata de poner de manifiesto que numerosas decisiones suponen una opción ética, para cuya adopción el paciente está tan capacitado como el médico que le trata. En este caso, el paternalismo resulta injustificado. Una aplicación estricta del principio de John Stuart Mill lleva a desplazar hacia el interesado la carga de la decisión².

Además, el principio de autonomía, en el que se basa la idea de la subjetividad moral³, adquiere en las constituciones contemporáneas una dimensión positiva.

Efectivamente, nuestra Constitución incorpora el mandato a los poderes públicos de promover las condiciones y remover los obstáculos que dificultan el efectivo ejercicio de la libertad -artículo 9.2-. En relación con el tema que nos ocupa, el necesario respeto a la autonomía implica la obligación de informar a los pacientes para situarles en posición de decidir por sí mismos. De esta forma, si, hasta hace relativamente poco tiempo, la información al paciente estaba orientada a asegurar la colaboración necesaria para asegurar el éxito del tratamiento -se habla de **información terapéutica**-, la perspectiva de la autonomía amplía este deber de la administración sanitaria y de los profesionales de la salud. La diferencia es sustancial, porque si se orienta a evitar la sanción, es el profesional sanitario quien determina el tipo de información que es conveniente proporcionar, sustituyendo el criterio del paciente en cuanto a la determinación de su interés.

En un sistema en el que el deber de información fuera exclusivamente terapéutico, quedaría excluido el principio de autonomía del paciente⁴.

Esta perspectiva resulta sugerente en relación con la interpretación de la obligación de los poderes públicos de fomentar la 'educación sanitaria' (artículo 43.3 de la Constitución Española) y, sobre todo, desde estas ideas encuentran todo su

sentido dos instituciones de implantación reciente en el panorama español: el consentimiento informado y el testamento vital -o documento de voluntades anticipadas o de directrices previas-.

1.2) La transformación de la relación médico paciente y la información como presupuesto del consentimiento

Con la Ley General de Sanidad, 14/1986 de 25 de abril, se produce un giro en la concepción jurídica de la relación médico-paciente. El consentimiento informado se reconoce como un derecho de los pacientes en el artículo 10.6. En el Derecho español, este derecho se concreta en "la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención".

Así pues, en relación con el ejercicio de la autonomía con respecto a los tratamientos médicos, se subraya el carácter esencial del derecho a obtener información, que la ley configura como un derecho frente a las distintas administraciones sanitarias consistente en la posibilidad que todos de exigir "que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de curación"

(artículo 10.5).

(artículo 10.5).

La relevancia de la voluntad del paciente en la adopción de las decisiones que le afectan, ha pasado de ser una excepción a constituirse en una obligación, con las salvedades establecidas en el propio artículo 10.6. Esto es, el paciente tiene derecho a elegir el tratamiento entre las distintas alternativas o a rechazar cualquier tipo de tratamiento (este es el sentido de la obligación de los ciudadanos de firmar el documento de alta voluntaria en casos de no aceptación del tratamiento, impuesta por el artículo 11.4), salvo que la no intervención suponga riesgo para la salud pública, que se trate de un incapaz (en cuyo caso la decisión corresponde a sus familiares) o "cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento".

La posibilidad de que esta voluntad pueda ser expresada anticipadamente, constituye una manifestación más de la extensión del principio de autonomía al ámbito sanitario. Se trata de admitir la posibilidad de que el sujeto formule una

La autonomía del paciente amplía el deber de información terapéutica

serie de directrices a propósito de la elección entre diversas alternativas terapéuticas que deberán ser tenidas en cuenta en situaciones en las que el consentimiento no puede ser coetáneo (por ejemplo, por pérdida de consciencia o por tratarse de una urgencia).

En España se ha producido una eclosión de normas sobre el documento de voluntades anticipadas, que comenzó en las comunidades autónomas, y que ha alcanzado al Estado a través de la *Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, 41/2002, de 14 noviembre. El dato que es común a todas estas normas es que la información se presenta como presupuesto de la autonomía del paciente. Es interesante, al respecto, la Exposición de Motivos de la ley gallega *Reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes*, 3/2001 de fecha 28 de mayo, en la que podemos leer que a través de la regulación del consentimiento informado, entendido como 'derecho del paciente a obtener información y explicación adecuadas a la naturaleza de su enfermedad y del balance entre los efectos de los riesgos y los beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para, a continuación, solicitar su aprobación para ser sometido a estos procedimientos', "se pretende hacer efectivo el derecho ya existente del paciente a ser dueño de su destino".

La nueva posición del paciente como sujeto y no como objeto de las relaciones sanitarias, debería tener repercusiones en relación con los medicamentos. De tal modo, la coherencia con los principios expresados, debería llevarnos a hablar, en el panorama español, de un derecho de los ciudadanos a obtener información a propósito de los medicamentos. Sin embargo, el principio establecido en 1986, con la Ley General de Sanidad, en nuestra opinión, y como tendremos ocasión de señalar, todavía no se ha visto suficientemente reflejado en relación con el sector de los medicamentos.

2) LA INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON LOS MEDICAMENTOS ¿ORIENTADA AL CONSENTIMIENTO O TERAPÉUTICA?

2.1) Los medios y la actitud del Derecho

A pesar de la intensidad de la regulación del sector, ya se apuntó, entre los principios que inspiran el Derecho

farmacéutico no se encuentra el de la autonomía del consumidor, sino, exclusivamente, el de su protección. Aun cuando la Ley General de Sanidad introduce una concepción del paciente basada en la autonomía, **la normativa de desarrollo de la Ley del Medicamento se limita básicamente a buscar el equilibrio entre la protección de la salud (que se entiende como un bien jurídico objetivo, cuya salvaguardia corresponde al Estado) y la libertad de empresa.**

Conviene insistir en que esta protección es necesaria, porque nos encontramos ante un ámbito especialmente sensible, pero también en que no se ve suficientemente acompañada de medidas que tiendan a reforzar la capacidad y la competencia del ciudadano. Una información adecuada puede resultar una herramienta extremadamente útil al respecto.

Si bien es cierto que podemos apreciar una cierta evolución en el tratamiento jurídico de la materia, **esta evolución todavía no es suficiente para afirmar que la autonomía**

del consumidor de medicamentos es, siquiera jurídicamente, una realidad. A

modo de ilustración, que permite comprender el alcance de estos cambios, puede citarse la diferencia que separa el tratamiento de la información a través de la Orden Ministerial de 15 de julio de 1982 y el modo en que a esta misma idea

se refiere la norma que la deroga. Se trata del *Real Decreto 2236/93, de 17 de diciembre (B.O.E. de 18 de febrero de 1994)*, que regula el *etiquetado y el prospecto de los medicamentos de uso humano* y al que tendremos ocasión de referirnos con posterioridad. Ahora se trata fundamentalmente de destacar cómo en cada una de estas normas el deber de informar al paciente encuentra un fundamento parcialmente distinto. Así, **mientras que la información tiene una función exclusivamente terapéutica en la referida Orden Ministerial, el Real Decreto 2236/93 contempla la información como un derecho de los ciudadanos frente a los laboratorios farmacéuticos y que se orienta, además, al ejercicio informado de la autonomía.**⁵

La situación no es un hecho aislado relativo a la realidad española. Y es que la pertenencia de nuestro país a la Unión Europea obliga a considerar las normas comunitarias a la hora de analizar el régimen jurídico de cualquier cuestión, habida cuenta de su inserción en nuestro Ordenamiento jurídico y de los principios de primacía, aplicabilidad y eficacia

directa que caracterizan el Derecho europeo. El sector farmacéutico es objeto de un elevado grado de armonización y de un rígido control por parte de las administraciones públicas, a través del cual se pretende que en el interior del mercado europeo no entren medicamentos que no satisfagan determinadas exigencias de calidad, seguridad y eficacia. **En relación con el tema que nos ocupa, en la última discusión en el contexto europeo se alzaron numerosas voces a favor de la autorización de la publicidad directa al consumidor de algunos tipos de medicamentos. Estas voces encontraron acomodo en el Consejo y en la Comisión, sin embargo, la tesis contraria -defendida, entre otros, por las organizaciones representativas de los intereses de consumidores- es la que ha conseguido imponerse en el Parlamento.**

En la regulación vigente, los obligados a informar, por tanto, **los responsables de la información y/o de su contenido, son múltiples:** los laboratorios o titulares de la autorización administrativa, las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos (fundamentalmente médicos y farmacéuticos), los visitantes médicos, los titulares de los medios de comunicación o las administraciones sanitarias.

La normativa española incide en la importancia de configurar la información a propósito de los medicamentos como un deber del laboratorio, en relación con los profesionales sanitarios y con el público en general. En el primer caso el documento es la **ficha técnica del medicamento**, en el segundo la información se transmite a través del **prospecto**, cuyos requisitos tendremos ocasión de analizar en nuestro repaso a la regulación jurídica. **La importancia del prospecto resulta fundamental por cuanto a través de él se proporciona al ciudadano la información necesaria para la correcta utilización del fármaco y, por supuesto, para optar libremente, constituyendo un complemento y, en numerosas ocasiones, un sustitutivo de la información que procede del médico o del farmacéutico.**

Es de destacar que los deberes de información tienen dos sentidos, **del laboratorio y los profesionales al público y de los laboratorios y profesionales a la administración.** En relación con esta segunda vertiente, los artículos 57 y 58 de la **Ley 25/90, de 20 de diciembre** (B.O.E. de 22 de diciembre de 1990), **del Medicamento** se refieren a la farmacovigilación

como una obligación de los profesionales sanitarios (**artículo 57.1 de la Ley del Medicamento**) y de los fabricantes y titulares de autorizaciones sanitarias de medicamentos (**artículo 57.2**) consistente en comunicar a las autoridades sanitarias los efectos adversos de los medicamentos. La farmacovigilancia está orientada al control de reacciones adversas, la función que la ley atribuye a este sistema es esencialmente terapéutica.

El **artículo 37 del Real Decreto 763/93** (B.O.E. de 2 de julio de 1993), por el que se regula la evaluación, autorización, registro y condiciones de dispensación de especialidades farmacéuticas y otros medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, modificado por el **Real Decreto 2000/1995, de 7 de diciembre** (BOE de 2 de enero de 1996), se refiere a la farmacovigilancia y al uso racional de los medicamentos. **Quizá la regulación conjunta sea sintomática de que también esta dimensión de la información empieza a relacionarse con el nuevo papel que se atribuye al ciudadano en relación con su salud.** No obstante, en

la ley el uso racional se basa en la información a los profesionales sanitarios, cuando una regulación más coherente con el principio de autonomía hubiera incidido en la importancia de las informaciones dirigidas a los consumidores de los medicamentos, puesto que son éstos quienes tienen la última palabra a propósito de su

utilización.

Pero, además de a través del prospecto, del médico o del farmacéutico, el ciudadano recibe información sobre el medicamento por otros medios. Efectivamente, los medios de comunicación, los folletos publicitarios y, últimamente, Internet, constituyen otros tantos elementos de información que pueden convertirse en una herramienta idónea al servicio de la autonomía o en un obstáculo para ésta. Esta circunstancia nos obliga a prestar atención, siquiera sea de modo incidental, a la normativa sobre la publicidad de los medicamentos. **Como tendremos ocasión de comprobar, cuando se dirige al público, ésta está sometida a un principio general de prohibición en España y en el resto de Europa. Sólo bajo determinadas condiciones puede ser autorizada (se habla de las especialidades farmacéuticas publicitarias).**

En adelante se expondrán los elementos fundamentales desde los cuales es posible dar cuenta de cómo en el Derecho español se articula el derecho a la información sobre los

La información del medicamento hace responsable a múltiples agentes

medicamentos. La tesis de partida es que estamos en presencia de un **auténtico derecho subjetivo cuyo titular es el ciudadano y en relación con el cual aparecen como responsables las administraciones sanitarias, los profesionales sanitarios y los laboratorios farmacéuticos**. Para obtener una idea de la regulación de este aspecto, y en coherencia con la normativa vigente, hemos considerado adecuado sistematizar el análisis a partir del criterio que suministran los medios de transmisión de la información. Así pues, se hará referencia a la **receta, envase, al prospecto y a la ficha técnica y a la publicidad**.

2.2) La receta

Los **artículos 31 y 85 de la Ley 25/1990 del Medicamento** se refieren a la **receta**, que en este contexto nos interesa como vehículo de transmisión de información. Precisamente este es el papel fundamental que se le atribuye por el **Real Decreto 1919/1984, de 26 de septiembre** (Boletín Oficial del Estado de 29 de septiembre), de **Receta Médica**. Efectivamente, desde la Exposición de Motivos de este último texto citado, se configura la receta como un documento informativo al servicio del uso racional de los medicamentos. El artículo 1.1 define la receta como "el documento normalizado por el cual los facultativos médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por las farmacias", de tal modo, que **el sujeto responsable de la información contenida en la receta es el médico**.

Como **regla general**, la receta es requisito de dispensación de los medicamentos. Sin embargo, existen **excepciones** que resultan en gran medida relevantes en relación con la configuración del derecho a la información. Así pues, la clasificación de los medicamentos atendiendo a la receta permite diferenciar entre medicamentos cuya dispensación requiere de **recetas especiales** -a veces la receta es restringida (se trata de **medicamentos de uso hospitalario**), es especial, en todo caso, cuando contienen **estupefacientes o psicotrópicos; medicamentos sometidos a receta**; y, por fin, **medicamentos cuya dispensación sin receta está autorizada**, en relación con los cuales la significativa denominación jurídica es de "**especialidades farmacéuticas publicitarias**"⁶. A estos efectos, corresponde a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios fijar los medicamentos que requieren o no receta (art. 2 R.D. 1919/1984), estos últimos deben cum-

plir las condiciones establecidas por el **31.4 de la Ley del Medicamento**. A grandes rasgos, los requisitos para que en la dispensación de un medicamento no sea obligatoria la receta pueden resumirse en dos. El primero es estar destinados a patologías que no necesitan un diagnóstico preciso. El segundo exige que la prescripción con receta no sea necesaria para evitar riesgos directos o indirectos de la salud de las personas.

La receta consta de dos partes: el cuerpo (dirigido al farmacéutico) y el volante (que contienen las instrucciones para el paciente). Esta segunda parte debe ser separable y estar diferenciada del cuerpo. En ella se contiene la información que el médico ofrece al paciente sobre el medicamento (**artículo 7 del Real Decreto 1919/1984**). Además de otros datos, menos interesantes desde el punto de vista de la información (aunque relevantes desde el punto de vista del derecho a la intimidad), la receta debe consignar "el medicamento o producto objeto de la prescripción, bien bajo denominación genérica o denominación común internacional de la

Organización Mundial de la Salud cuando exista, o bajo marca con expresión de su naturaleza o características que sean necesarias para su inequívoca identificación", "la forma farmacéutica, vía de administración y, si procede, la dosis por unidad" y la posología. Atendiendo al contenido que se exige, la información de la receta es

exclusivamente terapéutica. **Las indicaciones están, pues, orientadas a la identificación y al correcto uso del medicamento, pero el médico puede consignar también el diagnóstico o la indicación diagnóstica. Esto significa que puede no hacerlo, con lo que la legislación española deja al criterio del médico la posibilidad de omitir datos relevantes desde el punto de vista de la autonomía.**

La receta no es exigida como requisito para la dispensación en todo caso, por lo que en otras ocasiones el 'consumidor de medicamentos' obtiene la información directamente del laboratorio a través del etiquetado o prospecto del medicamento o de la publicidad.

2.3) Etiquetado, prospecto y ficha técnica

Tanto los laboratorios, cuanto las administraciones públicas encargadas de autorizar la comercialización de un medicamento, son **responsables de la información contenida en el etiquetado, prospecto y ficha técnica**. El **Real Decreto**

La opción médica de no citar en la receta el diagnóstico limita la autonomía

767/93, que regula la Evaluación, Autorización, Registro y Condiciones de Dispensación de las Especialidades Farmacéuticas de Uso Humano Fabricadas Industrialmente, sitúa a las Administraciones Públicas como responsables de velar por que los titulares de autorizaciones y los laboratorios suministren información. A ellas es a quien corresponde la evaluación, autorización y registro de los medicamentos, que afecta a los elementos que contienen la mencionada información (sobre todo, la ficha técnica y etiquetas y prospectos). Efectivamente, entre los datos que deben presentarse junto con la solicitud de autorización, se incluyen los "bocetos o maquetas del embalaje exterior, etiqueta y prospecto, así como copia de las especificaciones de los tipos de envase" (artículo 7), de modo que la autorización se extiende a las condiciones del prospecto y del etiquetado (artículo 23). Las condiciones que deben reunir estos elementos para ser autorizados son las establecidas en el *Real Decreto 2236/93, de 17 de diciembre* (B.O.E. de 18 de febrero de 1994), que regula el Etiquetado y Prospecto de los Medicamentos de Uso Humano, y que contempla al laboratorio como responsable de la información. Constituye la norma de adaptación de la *Directiva del Consejo 92/27/CEE*.

En la última norma citada encuentra desarrollo la garantía de identificación e información de especialidades farmacéuticas a que se refiere el artículo 10 de la Ley del Medicamento. Tanto la correcta identificación como la existencia de información precisa son condiciones para la autorización de las especialidades farmacéuticas (artículo 10.1.d)). La Ley, en este sentido, diferencia dos tipos de garantías: las **garantías de identificación y las garantías de información**. Las garantías de información, reguladas en el artículo 19, se refieren básicamente a la ficha técnica, al etiquetado y la prospecto y hacen recaer sobre el titular de la especialidad farmacéutica la obligación de proporcionar información escrita suficiente sobre su identificación, indicaciones y precauciones a observar en su empleo. La información, que figurará al menos en español, constará en el embalaje, envase, prospecto y ficha técnica.

Desde el *Real Decreto 2236/93*, de forma más contundente que en el texto de la Ley, la identificación y la información se orientan al uso racional del medicamento (artículo 2). *El etiquetado* es el medio a través del cual se hace efectiva la garantía de identificación (artículos 4 a 7), mientras el *prospecto* constituye el instrumento de información sobre los

medicamentos por excelencia (artículos 8 a 11). En este trabajo interesa especialmente el papel atribuido al prospecto en la medida en que se trata del documento a través del cual el paciente obtiene la información directamente del laboratorio y que servirá como base de la cual deducir la responsabilidad en relación con el deber de suministrar información. **En este sentido, el Real Decreto de referencia define el prospecto como "la información escrita que acompaña al medicamento, dirigida al consumidor o usuario. Mediante él se identifica al titular de la autorización y, en su caso, al fabricante, se menciona su composición y se dan instrucciones para su administración, empleo y conservación, así como sus efectos adversos, interacciones, contraindicaciones y demás datos que se determinan en el anexo III de este Real Decreto, con el fin de proponer su más correcto uso y la observancia del tratamiento prescrito, así como las medidas a adoptar en caso de intoxicación"** (artículo 8.1).

De este modo, el **deber de informar** a través del prospecto es del **'titular de la autorización' y del fabricante** (es frecuente que los laboratorios reúnan ambos requisitos). La identificación del sujeto obligado a informar constituye un requisito imprescindible en relación con posibles responsabilidades. Cabe destacar que el prospecto es de obligatoria inserción y que se establecen una

serie de requisitos a través de los cuales se intenta asegurar que el medicamento también resulta perfectamente identificado, que será utilizado correctamente y que el consumidor o usuario está informado de posibles reacciones adversas y de cómo actuar en caso de que éstas se produzcan (Anexo III). Asimismo, resulta de interés subrayar que se hace especial hincapié en la **necesidad de que la información resulte comprensible**. Esta finalidad, que se encuentra también presente en la *Circular 2/2000 de la Agencia Española del Medicamento*, que trata de "garantizar la legibilidad tanto del etiquetado como del prospecto", es la que podemos atribuir al artículo 9.2, en cuanto establece que "el prospecto deberá estar redactado con términos claros y comprensibles para el consumidor o usuario". La previsión resulta tan importante porque constituye una manifestación de esa nueva concepción del paciente que introduce en el panorama español la Ley General de Sanidad, aunque todavía se percibe, tanto en la Ley del Medicamento cuanto en estas normas de desarrollo, que la finalidad primaria no es tanto de autonomía cuanto terapéutica. Considerando básicamente las dis-

La norma que permite omitir indicaciones en el prospecto es una rémora paternalista

posiciones al respecto del Real Decreto sobre etiquetado y prospecto, así como la Directriz de legibilidad de material de acondicionamiento y prospecto (*Circular 2/2000*), parece que se trata de hacer del prospecto una 'ficha técnica' comprensible para los ciudadanos. Sin embargo, **la posibilidad de omisión de indicaciones terapéuticas prevista en el artículo 10 del Real Decreto 2236/1993, supone, a nuestro modo de ver, una rémora de paternalismo.** Así, se establece que "la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios podrá decidir, mediante el correspondiente procedimiento administrativo, que ciertas **indicaciones terapéuticas no figuren en el prospecto, cuando la difusión de esta información pueda implicar graves inconvenientes para el paciente. En la ficha técnica se advertirá, de forma destacada, de esta omisión en el prospecto, para conocimiento de los profesionales sanitarios**". Se trata, por tanto, de **negar una información al paciente y dejar en manos del médico la decisión sobre la conveniencia del tratamiento y/o sobre la información en relación con la enfermedad.** Frente a los principios que parecen inspirar la Ley General de Sanidad, se recupera esa visión del paciente como un sujeto al que es preciso proteger.⁷

Los solicitantes de una autorización de comercialización o de modificación del etiquetado y prospecto (reguladas por el *Real Decreto 797/93*), deberán seguir lo establecido por la Circular antes citadas. En esos casos, la autorización es debida.

El *Real Decreto 767/93*, fue objeto de una modificación a través del *Real Decreto 2000/1995*, a través del cual se produjo la adaptación de la regulación española al sistema de autorizaciones comunitarias (*Reglamento del Consejo 2309/93/CEE y Directiva del Consejo 93/39, básicamente*) y que, en relación con el tema que nos ocupa, introduce, como requisito de la autorización por parte de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, la intervención de la Unión Europea o otro Estado Miembro. También prevé la posibilidad de que la Unión Europea autorice el medicamento, previo dictamen preceptivo de la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos a la que debe ser comunicada cualquier cambio en relación con la autorización -suspensión, revocación o modificación de sus condiciones-. Se establece, además, un procedimiento para el reconocimiento mutuo (nuevo Capítulo VII). **La ficha técnica** (cuya modificación debe ser autorizada y registrada), aparece incluida en

el sistema cooperativo de evaluación de solicitudes (nuevo 16 bis. 4). Asimismo, se regula la farmacovigilancia a nivel europeo, de forma que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la obligación de notificar las sospechas de reacciones adversas graves que se le comuniquen a la Comunidad Autónoma correspondiente, al titular de la autorización y a la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (nuevo artículo 37). En este precepto se establece también la obligación de promover el uso racional del medicamento. Se trata de una obligación del titular de la autorización que se traduce en el deber de difundir la ficha técnica de la especialidad entre los profesionales sanitarios, junto con las informaciones del 19.5 de la Ley del Medicamento (nuevo 37.1)

2.4) La publicidad. Especial referencia a Internet como medio publicitario.

Por último, cuando el medio a través del cual se tiene acceso a la información es publicitario, la normativa aplicable está constituida por el *Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio* (B.O.E. de 29 de julio), que regula la publicidad de los medicamentos de uso humano y por el *Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto* (B.O.E. de 6 de agosto), sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria.

El *Real Decreto 1416/1994*, constituye la normativa de desarrollo de los *artículos 31 y 86 de la Ley del Medicamento* y adapta la normativa estatal a la *Directiva 92/28 CEE*⁸. Los principios generales en relación con la publicidad de los medicamentos son la prohibición (artículo 2) y la orientación a favorecer la utilización racional y el régimen se basa en un tratamiento diferente de la publicidad dirigida a los profesionales sanitarios y de la dirigida al público (artículo 1.3). Fundamentalmente la publicidad dirigida al público en general, en los casos en que puede ser realizada, debe ser autorizada conforme al procedimiento previsto en el artículo 22, mientras en el caso de la publicidad dirigida a los profesionales sanitarios basta la comunicación (artículos 25 y 26).

En relación con la publicidad dirigida al público en general -"aquella dirigida con fines promocionales e informativos que, promoviendo el uso adecuado del medicamento haya sido debidamente autorizada" (artículo 3)-, el elemento más significativo es que corresponde al Ministerio de Sanidad y

El marco legal permite que la publicidad a médico y paciente sea diferente

Consumo la calificación de determinadas **especialidades farmacéuticas como publicitarias** (artículo 4). Las especialidades farmacéuticas publicitarias son "medicamentos que, por su composición y objetivo, estén destinados y concebidos para su utilización sin la intervención de un médico que realice el diagnóstico, la prescripción o el seguimiento del tratamiento y, en caso necesario, tras consultar con el farmacéutico" y deben reunir los requisitos establecidos por el artículo 31.5 de la Ley del Medicamento.

En ningún caso, pueden ser objeto de publicidad dirigida al público los medicamentos que sólo pueden dispensarse por prescripción facultativa, que contengan sustancias psicotrópicas o estupefacientes o que formen parte de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. La Disposición Adicional Segunda, se refiere específicamente a las especialidades farmacéuticas publicitarias para excluirlas de la financiación con cargo a fondos públicos y establecer el sistema de precios libres. La doble referencia resulta un tanto equívoca, por cuanto no se sabe si la inclusión entre las especialidades farmacéuticas publicitarias determina la expulsión del Sistema Nacional de Salud, o si la exclusión de la financiación pública es la que hace posible que una especialidad pueda ser incluida entre las publicitarias.

Los requisitos generales de la publicidad destinada al público y las prohibiciones (artículos 5 y 6) coinciden con los establecidos en el Derecho Europeo. Se prohíbe, además, la mención de determinadas indicaciones terapéuticas: tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, otras enfermedades infecciosas graves, cáncer y otras enfermedades tumorales, insomnio crónico, diabetes y otras enfermedades del metabolismo.⁹

El sistema de control en relación con la publicidad dirigida al público, se establece en los artículos 22 y siguientes. Como hemos adelantado, **este tipo de publicidad está sometido a autorización que está limitada a un tiempo máximo de cinco años "excepto cuando se produzcan modificaciones de importancia en el estado de los conocimientos científicos y técnicos o en los hábitos de consumo de la población"** (artículo 24). El procedimiento de autorización se regula en el artículo 22 y el artículo 23 establece la posibilidad de que la autoridad competente de la autorización adopte una serie de **medidas cautelares** cuando la publicidad sea engañosa, contraria a la normativa vigente o constituya un riesgo para la salud o seguridad de las personas. Las **medi-**

das cautelares pueden ser la solicitud de cesación o rectificación, la posibilidad de iniciar las acciones de los artículos 25 y siguientes de la Ley General de Publicidad o la suspensión inmediata de la actividad publicitaria.

Como hemos apuntado, la información dirigida a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos, recibe un tratamiento diferenciado. Mientras que la idea que subyace al tratamiento de la publicidad orientada al público es la protección, en este caso se entiende que el destinatario lo constituyen **sujetos con competencia técnica**, por lo que se establece en el artículo 10 que "habrá de proporcionar **la información técnico-científica necesaria** para que sus destinatarios puedan juzgar por sí mismos el valor terapéutico del medicamento". Debe incluir, salvo que tenga por objeto recordar la denominación, a) las informaciones esenciales del producto según los datos contenidos en la ficha técnica, incluyendo al menos: nombre del medicamento, composición cualitativa y cuantitativa, datos clínicos completos, incompatibilidades, instrucciones de uso/manipulación, nombre y dirección del titular de la autorización; b) régimen

de prescripción y dispensación; c) diferentes presentaciones del producto, en su caso, y la dosificación y/o la forma farmacéutica. También debe incluir el precio de venta al público, las condiciones de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y, cuando sea posible, la estimación del coste del tratamiento.

Para que la publicidad pueda calificarse de recuerdo, debe tratarse de un producto que lleve autorizado al menos dos años. Se contemplan previsiones específicas en función de los medios: visita médica, publicidad documental y muestras gratuitas.

Un medio especial de publicidad dirigida a profesionales es la **visita médica**. El artículo 12 la configura como "el medio de relación entre los laboratorios y las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos a efectos de la información y publicidad de los mismos, realizada por el visitador médico y basada en la transmisión de los conocimientos técnicos para la valoración objetiva de la utilidad terapéutica". En este caso, se trata de que los visitadores médicos sean un medio adecuado de información y un instrumento de farmacovigilancia, al servicio de la promoción del uso adecuado de los medicamentos (artículo 12.1). Como garantía, se prohíbe que los visitadores médicos ejerzan como profesionales sanitarios.

La publicidad documental es la practicada "a través de publicaciones tales como **revistas, boletines, libros y similares**, así como la incorporada a **medios audiovisuales en**

Las publicidad a médicos en cualquier soporte está sometida a control

soporte óptico, magnético o similar, dirigidas exclusivamente a personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos" y "los impresos que los laboratorios dirijan directamente o a través de la visita médica a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos" (artículo 13). **Este tipo de publicidad está sometida a los requisitos del artículo 10 y está sometida a control** (básicamente a comunicación) **cualquiera que sea su soporte**. Además, se trata de garantizar la **objetividad de la información publicitaria**. Así, señala el artículo 14.2 que "todas las informaciones contenidas en la documentación contemplada en el apartado anterior, cuyas características tipográficas serán normalmente legibles deberán ser exactas, comprobables y lo suficientemente completas y actualizadas como para permitir que el destinatario pueda juzgar por sí mismo el valor terapéutico del medicamento".

Parece que en este apartado habría que incluir las informaciones relativas a medicamentos que pueden obtenerse a través de la red. Teniendo en cuenta la previsión del artículo 15, sólo puede circular en Internet publicidad o información sobre medicamentos en las condiciones de los 'medicamentos dirigidos al público en general', puesto que señala como requisito para la transmisión en publicaciones o en medios audiovisuales de este tipo de información que el medio se distribuya exclusivamente a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamento, a las que debe estar dirigido. Por otra parte, se establece un sistema reforzado de control, de forma que los responsables de las publicaciones científicas o profesionales y de los medios audiovisuales científicos o profesionales deben comunicar a la Comunidad Autónoma donde tengan su sede o realicen la mayor parte de sus actividades, los siguientes extremos: la condición de las publicaciones o medios audiovisuales como soportes adecuados para admitir publicidad de medicamentos, la declaración expresa de asumir la responsabilidad de que los destinatarios son profesionales sanitarios y si el ámbito de difusión es nacional o autonómico.

Por otra parte, **los titulares de los soportes publicitarios tienen la obligación de admitir únicamente la publicidad que reúna los requisitos establecidos por la normativa española. De este modo, nos encontramos con un nuevo sujeto responsable de la información: el titular del medio.**

También se refiere el Reglamento a la distribución de **muestras gratuitas** como medio publicitario exclusivamente dirigido a profesionales (está prohibida en relación con el público en general). La Ley del Medicamento establece que el Ministerio de Sanidad y Consumo debe autorizar la elabo-

ración y distribución de muestras (artículo 22.4). El órgano competente para conocer de esta autorización es la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (artículo 16.5 RD). Las muestras sólo pueden elaborarse **si se trata de medicamentos nuevos**, que hayan sufrido alguna modificación ventajosa relativa a su administración o en relación con los cuales se hayan descubierto nuevas indicaciones terapéuticas. Los medicamentos objeto de muestra, en ningún caso deben contener sustancias psicotrópicas o estupefacientes o crear dependencia o general problemas de salud pública en razón de su uso inadecuado o estar excluidos de esta posibilidad por el Ministerio de Sanidad. La distribución de muestras está sometida a una serie de requisitos: un máximo de diez muestras de cada medicamento por año y persona facultada -salvo ampliación de la Dirección General de Farmacia en relación con medicamentos de especial interés terapéutico-, y durante un tiempo máximo de dos años contados desde la fecha de autorización del medicamento; responder a petición escrita, fechada y firmada del destinatario; los laboratorios que suministren muestras deben mantener un sistema adecuado de control; deben llevar la mención "Muestra gratuita. Prohibida su venta" y tener suprimido o anulado el cupón-precinto del Medicamento; por último, la entrega de muestras debe acompañarse de un ejemplar de la ficha técnica, junto con la información actualizada del precio, condiciones de la oferta del Sistema Nacional de la Salud y estimación del coste del tratamiento.

Los medios de comunicación también son responsables de la publicidad de fármacos

Desde nuestro punto de vista, no se justifica la actitud paternalista que se hace patente en relación con la publicidad documental. Especialmente teniendo en cuenta las garantías de objetividad y las precauciones en relación con la percepción de incentivos por parte de los profesionales sanitarios, que se establecen para este tipo de publicidad (los profesionales sanitarios son sujetos con competencia, pero también con intereses económicos). Si la finalidad de la publicidad dirigida a los profesionales sanitarios es la información y si nos encontramos ante un sistema sanitario que incluye entre sus principios el de autonomía, no se entiende muy bien la pretensión de excluir al 'paciente' del proceso de comunicación que tiene lugar entre el médico y el laboratorio.

Precisamente, el artículo 17 establece una serie de **prohibiciones** con las que se intenta evitar que el profesional sanitario se convierta en intermediario cualificado de los laboratorios titulares de autorización. Señala este artículo que "**queda prohibido otorgar, ofrecer o prometer a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos y en el marco de la promoción de los mismos frente a**

dichas personas, primas, ventajas pecuniarias o ventajas en especie, con excepción de aquellas que tengan un valor insignificante y que sean irrelevantes para la práctica de la medicina o la farmacia". El artículo 19 establece la obligación de los profesionales sanitarios de no aceptar los incentivos a que se refiere el 17. Todo ello, sin perjuicio de la posibilidad, regulada en el artículo 18, de que las personas relacionadas con la fabricación, elaboración, distribución y dispensación de medicamentos patrocinen reuniones científicas, donen premios, becas o subvenciones para actividades de carácter científico o financien trabajos, ponencias, reuniones, congresos o actos similares en los que participen o de los que sean destinatarios profesionales sanitarios.

El sistema de control de la publicidad dirigida a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos, se regula en los artículos 25 y siguientes. En este caso, el tipo de relación con la autoridad administrativa es la comunicación como regla general. Corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo acordar los medicamentos cuya publicidad esté sometida a autorización aun cuando su destinatario sean los profesionales sanitarios.

Este tipo de publicidad podrá, por otra parte, ser suspendida, cuando se trate de medicamentos sometidos a autorización, cuando no respete la normativa aplicable a la materia o en los supuestos del art. 106 de la Ley del Medicamento.

El responsable en relación con la información publicitaria de los medicamentos es el titular de la autorización del medicamento. El Real Decreto le impone la obligación de contar con un servicio científico encargado de ésta (artículo 20). Por otra parte, también debe remitir a la autoridad sanitaria competente ejemplares o cinta de video de la publicidad así como un índice anual de toda la actividad publicitaria desarrollada, asegurar que la publicidad se someta a lo establecido en el Real Decreto, vigilar que los visitantes médicos reciben formación adecuada y cumplen con las obligaciones del Real Decreto, llevar un registro de las solicitudes y suministros de muestras gratuitas, colaborar con las autoridades sanitarias proporcionándoles la información a asistencia requerida en el ejercicio de sus responsabilidades y velar por el inmediato cumplimiento de las decisiones adoptadas por las autoridades sanitarias. Resulta interesante también tener en cuenta el *Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto sobre Publicidad y Promoción Comercial de Productos, Actividades o Servicios con pretendida Finalidad Sanitaria*. En la exposición de motivos se señala la necesidad de regular la publicidad sobre este tipo de productos, desde la toma de conciencia de que "suponen en algu-

nos casos un presunto fraude para los consumidores y usuarios" cuando no conlleven la producción de daños efectivos "en la medida en que su composición o utilización pueda resultar peligrosa o sustituyan de forma irresponsable las atenciones y cuidados que se requieren en cada caso".

El Real Decreto es de aplicación en relación con "la publicidad y promoción comercial de los productos, materiales, sustancias, energías o métodos que se anuncian o presentan como útiles para el diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades o desarrollos fisiológicos, adelgazamiento, modificación del estado físico o psicológico, restauración, corrección o modificación de funciones orgánicas u otras pretendidas finalidades sanitarias". Por exclusión, podemos pensar que se trata de **elementos que no constituyen remedios secretos** (en cuyo caso estarían prohibidos por la Ley del Medicamento, ni se incluyen en la calificación de medicamentos y productos sanitarios (cuya publicidad se somete a la normativa específica a que ya nos hemos referido).

Se trata de garantizar la veracidad en lo que atañe a la salud y de limitar los perjuicios que la publicidad o promo-

ción de estos productos pueda producir (art. 1). Por ello se prohíbe en los siguientes casos: cuando se destinan a la prevención tratamiento o curación de enfermedades transmisibles, cáncer y otras enfermedades tumorales, insomnio, diabetes y otras enfermedades del metabolismo; cuando sugieran propiedades específicas

adelgazantes o contra la obesidad; cuando pretendan una utilidad terapéutica para una o más enfermedades sin ajustarse a los requisitos de la Ley del Medicamento y la normativa de desarrollo; cuando proporcionen seguridades de alivio o curación cierta; cuando utilicen como respaldo cualquier clase de autorizaciones, homologaciones o controles de autoridades sanitarias de cualquier país; cuando hagan referencia a su uso en centros sanitarios o a su distribución a través de oficinas de farmacia; cuando pretendan aportar testimonios de profesionales sanitarios, de personas famosas o conocidas por el público o de pacientes reales o supuestos, como medio de inducción al consumo; que pretendan sustituir el régimen de alimentación o nutrición comunes, especialmente en los casos de maternidad, lactancia, infancia o tercera edad; que atribuyan a los productos alimenticios, destinados a regímenes dietéticos o especiales, propiedades preventivas, curativas u otras distintas de las reconocidas a tales productos conforme a su normativa especial; que atribuyan a los productos cosméticos propiedades distintas de las reconocidas a tales productos conforme a su normativa especial; que sugieran o indiquen que su uso o consumo potencian el rendimiento físico, psíquico, deportivo o sexual; que utilicen el término "nat-

La información en Internet tiene que ajustarse al Real Decreto 1416/1994

ural" como característica vinculada a pretendidos efectos preventivos o terapéuticos; que atribuyan carácter superfluo o pretenda sustituir la utilidad de los medicamentos o productos sanitarios legalmente reconocidos; que atribuyan carácter superfluo o pretendan sustituir la consulta o la intervención de los profesionales sanitarios; y, en general, que atribuyan efectos preventivos o terapéuticos específicos que no estén respaldados por suficientes pruebas técnicas o científicas acreditadas y expresamente reconocidas por la Administración sanitaria del Estado.

Las personas o entidades que desempeñen funciones sanitarias o que aparenten carácter sanitario, tienen expresamente prohibido amparar la promoción comercial o la publicidad de este tipo de producto, también cuando se trata de "actividades reales o supuestas de diagnóstico, pronóstico o prescripción a través de la **televisión, la radio o cualesquiera otros medios de difusión o comunicación o por correspondencia**" (art. 5). Asimismo, la publicidad de **centros o establecimientos sanitarios, de centros de belleza, adelgazamiento tratamiento o desarrollo físico o estético**, así como de los servicios y prestaciones que realizan, deberán ajustarse a la autorización sanitaria.

El artículo 7 establece la obligación de que la información, publicidad y promoción de estos productos se ajuste a los criterios de transparencia, exactitud y veracidad y evite "cualquier sesgo que pueda causar perjuicio a la salud o seguridad de las personas o a las legítimas expectativas de una información correcta y precisa en materia de salud y asistencia sanitaria". En definitiva, se orienta a evitar la 'desinformación' que puede producirse si no se introducen controles para este tipo de publicidad. Una ausencia de regulación en esta materia dejarían sin sentido las precauciones de la normativa sobre publicidad de medicamentos. Por otra parte, se hace mención a **la responsabilidad de los medios de información, que aparece como obligación de no admitir publicidad contraria a lo dispuesto en la norma que estamos analizando. En caso de que se produzcan actividades publicitarias o de promoción que no se atengan al Real Decreto, los medios en los que estas actividades se hayan realizado tienen la obligación de garantizar de difundir de forma gratuita las advertencias correspondientes que formulen las autoridades sanitarias.**

2.5) Especial referencia a Internet como medio publicitario

Mención específica merece el problema de la **información electrónica** que circula, en numerosas ocasiones de forma

incontrolada, a través de los nuevos medios de comunicación. La información cobra en nuestros días una importancia tal, que puede afirmarse que vivimos en una 'sociedad de la información'¹⁰. El desarrollo de los medios de comunicación y la puesta a disposición de las tecnologías de las comunicaciones, hacen que el principal problema que se plantea en las relaciones entre la información y la libertad no sea tanto de cantidad como de calidad y de utilidad. **El bombardeo constante e indiscriminado de informaciones a que vive sometido el ciudadano constituyen, en términos generales, el principal factor de 'desinformación'.**

De forma similar a lo que ocurre en relación con otros temas, **Internet plantea toda una serie de retos al 'Derecho farmacéutico'. La red está siendo utilizada como vía para burlar las precauciones de las autoridades sanitarias en relación con la información, venta y autorización de medicamentos. En este sentido, los Estados se previenen. En Alemania, el Tribunal Estatal de Francfort prohibió el comercio electrónico de medicamentos. A la venta de medicamentos a través de Internet se refiere el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en la Sentencia de 11 de diciembre de 2003, recaída en el asunto DocMorris. El Tribunal incide en que la venta de medicamentos a través de Internet está sometida a la regulación vigente en el país de destino. Por ello, con carácter general, está prohibida a través de Internet la venta de medicamentos sometidos a prescripción, aun cuando es libre en relación con aquellos medicamentos para cuya dispensación no es necesaria la intervención del médico** ¹¹

Por su parte, **la Asamblea Mundial de la Salud, adoptó, ya en 1997, una resolución sobre la venta de productos a través de Internet.**¹² En esta resolución, los delegados se muestran preocupados por la publicidad, promoción y venta incontrolada de medicamentos a través de medios electrónicos de comunicación y propugna la constitución de un grupo de trabajo formado por representantes de los servicios de reglamentación farmacéutica, de los organismos nacionales e internacionales encargados de vigilar la aplicación de los textos, de grupos de consumidores, de asociaciones profesionales y de la industria farmacéutica, así como de especialistas en ética, en cuestiones jurídicas y de comercialización y comunicación. La función atribuida a este grupo de trabajo fue formular recomendaciones concretas en relación con el problema planteado. El primer informe debía ser presentado por el Director General ante el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1998 y ante la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de este mismo año. **La actividad se tradujo en una**

recomendación que el Consejo Ejecutivo dirigió a la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, para que adoptase una Resolución tomando en cuenta "el valor y el gran potencial de los medios electrónicos de comunicación, incluida Internet, para difundir y obtener información relativa a los productos médicos, la importancia de establecer las medidas jurídicas adecuadas y lo esencial que resultan en este ámbito mecanismos de autorregulación desde criterios éticos". **En este sentido han proliferado códigos de ética que afectan a la publicidad a través de Internet en general y, de modo específico, cuando la materia a que se refiere son los medicamentos.**

Conviene no perder de vista que el fenómeno puede suponer, además de una batería de problemas, un notable avance en cuanto a las posibilidades de información y, en consecuencia, de autonomía. Esta doble vertiente de las nuevas tecnologías en relación con la salud, ha sido abordada en el seno de la OMS. A sus esfuerzos subyace la comprensión de que las nuevas tecnologías constituyen al tiempo un desafío y un cúmulo de oportunidades para la salud para todos. La oferta de salud en la red se multiplica para dar respuesta a una demanda creciente. En estos términos se expresa el **Consejo Ejecutivo en la 101ª reunión sobre "Política de la salud para todos para el siglo XXI"**, en la que se incluyó como punto octavo del orden del día el tema **"Telemática de la salud"**. En esta reunión se presentaron las propuestas de la reunión consultiva internacional sobre **"Telemedicina"** (del 1 al 16 de diciembre de 1997). De entre las cuestiones discutidas, destaca el afianzamiento de la **definición de "Telemática de la salud"** que adoptó la reunión consultiva y conforme a la cual "Telemática sanitaria es un término general que abarca las actividades, los servicios y los sistemas relacionados con la salud que tienen lugar a distancia por medio de las tecnologías de la información y de las comunicaciones, para fines de fomento de la salud, la lucha contra las enfermedades y la atención sanitaria a nivel mundial, así como de la educación, la gestión y las investigaciones en la esfera de la salud".

Una de las últimas medidas adoptadas por la OMS ha sido la **propuesta de crear un dominio de primer nivel "health", que constituiría un distintivo de los sitios sobre la salud que cumplieran las normas de calidad y de ética a las que en este artículo nos referiremos.**

En definitiva, las iniciativas de la OMS están inspiradas por el optimismo acerca de las posibilidades de las nuevas tecnologías de la comunicación en el ámbito de la salud, que combina con la llamada de atención sobre la necesidad de que las reglamentaciones nacionales en materia de publici-

dad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos no resulten burladas cuando estas operaciones se realicen por medio de Internet.

3) CONCLUSIÓN

Además de señalar la **precariedad del tratamiento de la información sobre la salud en Internet**, nos gustaría subrayar, a propósito de los medios tradicionales, **que la responsabilidad en relación con el deber de informar se refiere exclusivamente a la información terapéutica.** Se produce un desfase entre la idea del paciente como sujeto autónomo que se incorpora a la Ley General de Sanidad y el tratamiento de la información en relación con los medicamentos, especialmente en el rango reglamentario.

Así, la información que el laboratorio debe incluir en el prospecto, tiene la finalidad fundamental de evitar riesgos, incluso la Administración puede decidir qué informaciones deben omitirse. **A favor de esta interpretación pueden recordarse el régimen de responsabilidad por omisión de información y, de modo significativo, la posibilidad de omitir información en el prospecto y la regulación de la publicidad en el sector.**

Efectivamente, a pesar de que el régimen de responsabilidad por productos defectuosos-establecido en lo fundamental por la Ley 22/1994, de 6 de julio de responsabilidad civil por daños causados por productos defectuosos- ha sido utilizado en el ámbito del mercado de los medicamentos, la aplicación se ha producido fundamentalmente en relación con el incumplimiento de la obligación de proporcionar información terapéutica. Ya hemos señalado que en la actualidad el derecho a la información se vincula con el "derecho a autodeterminarse libremente en el ámbito de la salud"¹³. En este caso, hay que considerar el sistema de obligaciones establecido por la normativa que hemos tenido ocasión de estudiar y en la que se incorpora un régimen de sanciones por infracción de los deberes que se atribuyen a distintos sujetos. **Al respecto, ya hemos señalado que se produce un desfase entre la idea del paciente como sujeto autónomo que se incorpora a la Ley General de Sanidad y el tratamiento de la información en relación con los medicamentos, especialmente en el rango reglamentario.**

Por otro lado, la información que el laboratorio debe incluir en el prospecto tiene la finalidad fundamental de evitar riesgos (mientras, recuérdese, la ficha técnica debe permitir al médico elegir entre alternativas terapéuticas), incluso la Administración puede establecer qué informaciones

Internet se usa para burlar todo control administrativo sobre los fármacos

deben omitirse. Por ello, tampoco es posible, hasta el momento, sancionar al laboratorio por omitir informaciones que fueran relevantes para una toma de decisión por parte del paciente, en este ámbito de los medicamentos, la decisión sigue correspondiendo al médico. La cuestión resulta sorprendente, sobre todo si se tiene en cuenta que en relación con determinadas especialidades farmacéuticas no existe intervención facultativa.

El respeto a la autonomía exige que el principal desti-

natario de la información a propósito de los medicamentos sea el consumidor-paciente, que es a quien, en última instancia, corresponde adoptar las decisiones a propósito de su salud. Para que la información sea eficaz, resulta de importancia primordial que se garantice que el mensaje (bien del prospecto, bien del médico o facultativo) esté expresado en términos lo suficientemente sencillos. En este sentido es necesario potenciar las medidas encaminadas a conseguir la claridad de los mensajes, en detrimento de las reservas de información.

NOTAS

(1) Vid. GRACIA, D., Fundamentos de Bioética, Eudema, Madrid, 1989.

(2) PELAYO, A., La Intervención Jurídica de la Actividad Médica: el consentimiento informado, Dykinson, Madrid, 1997, incide además en el papel del consentimiento como elemento para la distribución del riesgo. Desde esta perspectiva, resulta esencial el papel de la información.

(3) En este sentido, PECES-BARBA, G., Curso de derechos fundamentales, BOE-Universidad Carlos III, Madrid, p. 216 y NINO, C.S., Ética y derechos humanos, Ariel, Barcelona, 1989, pg. 47. Este último autor considera que son personas morales "todos los seres con capacidad potencial para tener conciencia de su identidad como un titular independiente de intereses y para ajustar su vida a sus propios juicios de valor".

(4) LÓPEZ ORTEGA, J.J., "Consentimiento informado y límites a la intervención médica", AA.VV., Problemas de la Eutanasia, Dykinson, Madrid, 1999, pp. 60-69, p. 65, diferencia entre la información para la sanación y la información como garantía para el ejercicio del derecho de todo ciudadano a autodeterminarse libremente en el ámbito de la salud. Mientras el primer tipo de actividad persigue evitar la sanción, el segundo se corresponde con "la consideración del individuo como un agente moral autónomo capaz de decidir por sí mismo en los distintos ámbitos de la vida".

(5) Vid. MARTÍNEZ-PEREDA, J.M., "La información de medicamentos al usuario y la prohibición de publicidad engañosa", AA.VV., Derecho a la información de los ciudadanos en los prospectos de los medicamentos, Asociación Española de Derecho Farmacéutico, Madrid, 1999.

(6) Tanto la Directiva, 92/26, relativa a la clasificación para su dispensación de los medicamentos de uso humano cuanto la Ley del Medicamento -art. 31.4- y el Real Decreto 1919/1984, de Receta Médica, y hace referencia a esta tipología.

(7) Sobre este aspecto, llama la atención AMARILLA, M., "El futuro del consentimiento en la utilización de fármacos", AA.VV., El consentimiento en la utilización de fármacos, Servicio de publicaciones de la Universidad de Alcalá, 2000, pp. 129-146, p. 135.

(8) Es necesario tener en cuenta que esta directiva ha sido objeto de dos alteraciones. La primera, mediante la Directiva 2001/83, que establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano y, la segunda, por la Directiva 2004/27, que modifica la anterior.

(9) Aunque en la reforma del código comunitario sobre medicamentos de uso humano se elimina esta prohibición que aparece en el 6.2 del Real Decreto.

(10) Ver, al respecto, PÉREZ LUÑO, A.E., "Problemas actuales de la protección de la intimidad", AA.VV., Problemas actuales de los derechos fundamentales, BOE-Universidad Carlos III, Madrid, 1994, pp. 311-337, p. 320.

(11) TJCE 2003, 408, Asunto C-322/01 (DOCE de 21 de febrero de 2004).

(12) WHA50.4, sobre Publicidad, promoción y venta transfronterizas de productos médicos a través de Internet.

(13) LÓPEZ ORTEGA, J.J., "Consentimiento informado y límites a la intervención médica", ob. cit., p. 65.

La crítica profesional a un médico en un diario no lesiona su derecho al honor

Un médico del Hospital Ramón y Cajal de Madrid reclamó a un jefe de Servicio una indemnización por importe de 60.101,21 €, por atentado contra el derecho al honor al realizar unas declaraciones a un diario en las que indicaba la situación de conflicto que tenía el demandante con sus compañeros.

El demandado afirmó que dicho facultativo realizaba menos intervenciones quirúrgicas que otros médicos del mismo Servicio al no dominar la operación de coronaria mediante su sustitución por la arteria mamaria, y explicaba que ello era debido a que el demandante no era partidario de dicha solución quirúrgica pese a ser, sin embargo, la que se estaba implantando con carácter general en el Servicio cuando venía oportunamente indicada.

Tales declaraciones se realizaron por el demandado a un diario a causa de la muerte de siete pacientes en el Servicio de Cirugía Cardíaca de adultos del Hospital Ramón y Cajal, habiendo aparecido con anterioridad numerosas informaciones en la prensa sobre esta noticia.

En la sentencia se considera que tales declaraciones y su publicación en un diario no constituyen un atentado contra el derecho al honor del demandante, no procediendo el pago de ninguna indemnización al autor de tales declaraciones.

Así lo entiende el Tribunal al afirmar en la sentencia, en primer lugar, que la publicación de las declaraciones venía justificada por ser parte de una noticia que afectaba al interés público, porque los hechos relatados por el demandado eran en todo caso veraces y ciertos, y porque en ningún caso se utilizaron frases injuriosas ni insultantes que fueran susceptibles de lesionar el derecho al honor del demandante. En este sentido se indica en la sentencia que "no es un atentado al honor la consideración sobre si el demandante es buen profesional o el idóneo para realizar una determinada actividad, aunque para el aludido puedan ser esas expresiones molestas e hirientes o ayunas de cobertura constitucional en el artículo 20.1 de la Constitución Española y hasta ilícitas (nunca insultantes o injuriosas)."

CRÍTICA PÚBLICA A MÉDICO QUE NO CONSTITUYE ATENTADO CONTRA EL DERECHO AL HONOR / HECHOS: declaraciones realizadas a diario por Jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca de hospital en las que revela que un médico del Servicio realiza menos intervenciones por no dominar la operación de coronaria mediante su sustitución por la arteria mamaria / **DERECHO CONSTITUCIONAL AL HONOR:** no resulta lesionado el derecho al honor de un médico por declaraciones de crítica profesional basadas en hechos veraces, y justificadas por el interés público de la noticia.

*Tribunal Supremo.
Sentencia del 14 de septiembre del 2004.
Recurso 3596/2000, contra
sentencia de AP Madrid, 13.05.2000.
Ponente: Ruíz de la Cuesta Muñoz, Rafael.*

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: 1) En autos de juicio declarativo de Menor Cuantía, sobre Protección jurisdiccional civil del derecho al HONOR, instado por DON A., contra DON B., seguidos con el nº 934/1995, ante el JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA DE MADRID NUM. TRES (3), por éste se dictó SENTENCIA, con fecha 13 de Diciembre de 1996, por la que se desestimó la demanda iniciadora de los mismos, absolviendo de ella a la parte demandada, e imponiendo las Costas a la actora. En ella, se fijan, como **HECHOS PROBADOS**, los siguientes:

a) "Del conjunto de las pruebas practicadas, ha quedado acreditado que, **como consecuencia de la muerte de siete pacientes en el Servicio de Cirugía Cardíaca de adultos del "Hospital RAMON Y CAJAL" (de Madrid), del que formaban parte tanto el actor como el demandado, durante el mes de Noviembre de 1993, aparecieron numerosas informaciones en la prensa respecto a dicha noticia, lo cual fue objeto incluso de una interpelación parlamentaria a la Ministra de Sanidad, habiéndose procedido igualmente**

te a abrir la correspondiente investigación interna, noticia a la que aludía la información publicada en el diario "DIRECCION000", de fecha 20 de Mayo de 1994" ("lo que pone de relieve la relevancia pública y el interés social que había despertado la citada noticia, así como todo lo relacionado con la misma")." (F.J. 3º, párr. 1º).

b) "Igualmente, de la amplia prueba..., las manifestaciones que se recogen y atribuyen al demandado.. en el artículo, que se consideran atentatorias al honor del actor, que reflejan el concepto y consideración que del actor se tomó dentro de su esfera laboral..., se pone de relieve la situación de conflictividad del actor, así como que, entre el personal sanitario tenía dicha consideración de carácter conflictivo..., igualmente las manifestaciones que el demandado realizó referentes a que el actor había amenazado con denunciar a miembros del Servicio, porque tenía todo fotocopiado, habiéndose acreditado igualmente en los autos que el actor, expresamente, a alguno de los pacientes les aconsejó denunciar al Servicio o (a) algunos médicos del Servicio..., (y) se pone de relieve que el actor realizó tales consejos, y, si bien es cierto que el médico tiene la obligación de informar a los pacientes, en el presente caso se pone de manifiesto que la conducta del actor, y a la que se refería el artículo, iba más allá de la mera información a que tiene derecho todo paciente, pues incluso aconsejaba la presentación de denuncias" (añadiendo que éste, "más que una información, era una invitación o inducción a ellas") (F.J. 3º, ap. 2).

c) "Igualmente de la prueba..., ha quedado acreditado que la "Dirección Provincial del INSALUD" encargó... una auditoría sobre el Servicio de Cirugía Cardíaca de Adultos del "Hospital RAMON Y CAJAL", (la que) entre cuyas conclusiones, entre otras medidas a adoptar, propuso separar del Servicio Don A. y a otros doctores" (F.J. 3º ap. 3º).

d) "Igualmente, de la amplia prueba practicada, ha quedado igualmente acreditada otra de las manifestaciones reproducidas en el artículo, cual era (la de) que el Dr. A. siempre se ha quejado (de) que operaba menos que el resto, pero esto es así, porque hay técnicas que no domina, toda vez que, en cuanto el Jefe del Servicio, el demandado, al mismo le correspondía, y tenía la responsabilidad, de fijar la persona concreta encargada de la cirugía, y, si el actor, y así ha sido reconocido por él, (que) no era partidario de una determinada solución quirúrgica, cual era la operación de coronaria mediante su sustitución por la arteria mamaria, lógica consecuencia es que tuviera menos intervenciones quirúrgicas, dado que esa era la solución médico-quirúrgica que se estaba implantando con carácter general en el Servicio, siempre que fuera

indicada, y por tanto, al no realizar de forma habitual esa técnica, es lógico deducir que no la dominase como el resto..." (F.J. 3º, ap. 4º).

En conclusión, el juzgador de primera instancia, acaba deduciendo que "las expresiones u opiniones emitidas por el demandado y recogidas en el artículo periodístico..., responden al concepto y consideración que se tenía del actor en el Servicio de Cirugía de Adultos..., por lo que, al ser veraces y auténticas las opiniones e información difundidas por el artículo, en ningún momento las mismas pueden ser constitutivas de una intromisión ilegítima en el honor del actor". (F.J. 3º, último apartado).

2) Recurrida en APELACIÓN dicha Sentencia por el demandado, ante la AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID, por su "Sección 3ª" se resolvió el Recurso, mediante la suya de 13 de Mayo de 2000, la que lo desestimó y confirmó la Resolución del Juzgado, condenando en las Costas de la Apelación al recurrente, y considerándose en ella como **HECHOS PROBADOS**, en un resumen realizado de los mismos, los siguientes:

1º) "En cuanto a la VERACIDAD de la información que realizó el demandado (que no ha de confundirse con certeza o exactitud de los hechos), habrá que estar al contenido de las expresiones que emitió, y que quedan recogidas en la publicación periodística: se dice por el periodista que hay un enfrentamiento irresoluble entre los médicos que integran el equipo de Cirugía Cardíaca del "Hospital RAMON Y CAJAL", y lo deduce de las palabras que dedica el Dr. B. al Dr. A., al que atribuye personalidad compleja, agresiva a quienes le rodean y que venía amenazando "con que tenía todo fotocopiado, y que nos iba a mandar a la cárcel"; pues bien, una amplia prueba testimonial revela que existieron esas amenazas y el Dr. B. valora tal conducta como agresiva, y efectivamente suponen una agresividad verbal. El juicio de este declarante, no fue desproporcionado o disparatado, y en ningún caso atribuyó al contrario agresividad material o de virtualidad lesiva para la integridad física de sus oponentes, y se funda en hechos que aparecen como veraces..." (F.J. 3º, ap. 2º).

2º) Y en cuanto a la alegación del apelante, de que las informaciones y valoraciones emitidas por el Dr. B. "carecían de interés, porque se referían a hechos ocurridos en 1989", dice la Sentencia que "lo cierto es que el Servicio de Cirugía Cardíaca, del "Hospital RAMON Y CAJAL", fue objeto de atención de la prensa, y así lo revelan los documentos..., por el incremento del índice de mortalidad de pacientes intervenidos, documentos que contienen informaciones periodísticas desde el 19/11/93 al 20/5/94;

pues bien, el artículo periodístico que contiene las declaraciones del Dr. B., es de 20/5/94, es decir, cuando el problema surgido en ese servicio de Cardiología se hallaba en plena actualidad, y como problema adicional estaba el enfrentamiento entre los Médicos componentes del grupo de Cirugía; no cabe duda de que este problema, por sí sólo, al surgir en un Centro Hospitalario de primer orden", acaba diciendo, "ya sería de interés general, como hecho noticiable" (F.J. 3º, ap. 4º).

3) El demandante-apelante, plantea, contra la aludida Resolución, Recurso de CASACION ante esta Sala, en petición de que, con estimación del mismo se anule y case la anterior Sentencia, y se dicte otra más conforme a Derecho, formulando al efecto 2 motivos, amparando casacionalmente el 1º, en el supuesto 3º del art. 1.692 L.E.C., y el 2º en el 4º del mismo precepto, el primero sobre el quebrantamiento de las formas esenciales del juicio en relación a los actos y garantías que producen indefensión, y el otro, por el de infracción de las normas jurídicas o de la jurisprudencia que han servido para decidir los puntos objeto del debate, y los articula así: el 1º, por infracción de las normas reguladoras de las pruebas y de su apreciación en la apelación, con vulneración del art. 24 de la Constitución; y el 2º por la infracción de la jurisprudencia aplicable al caso, en relación a la prevalencia del derecho a la información, del art. 20.1 C.E., sobre el derecho al honor, del art. 18 de la misma, lo que exige un criterio de ponderación de ambos, que aquí entendía que no se daba. El M. Fiscal y la recurrida se oponen al Recurso y piden su rechazo.

SEGUNDO: En el primero de los motivos de casación aquí propuestos, por un lado, se cita el art. 20 de la C.E. como infringido, en relación a las "normas reguladoras de las pruebas y de su apreciación en la apelación", abarcando un abanico de principios constitucionales, que se extraen de tal precepto, en relación con la actuación judicial, en cuanto se precisa su aplicación directa como amparadora de los distintos principios fundamentales, sin concretar de cuál de ellos se trate; y por otro lado, en relación con los preceptos que afectan a esa valoración judicial de la prueba, que se dice infringida, debió citar los preceptos procesales supuestamente conculcados (art. 1707-1º L.E.C.), por lo que incurre, respecto al mismo, en causa de inadmisión (art. 1710-1.2º), aparte de que el mismo se dedica a dar una versión de la prueba muy subjetiva y favorable a su tesis, pero sin acreditar que el Tribunal "a quo" haya efectuado esa interpretación de forma irracional, arbitraria o ilógica; por ello, el motivo debe ser desestimado.

TERCERO: La Sentencia de la Audiencia funda la desestimación del Recurso de Apelación ante ella propuesto, y en cuanto a los dos motivos que a la misma se le plantearon

(ser la información ofrecida "veraz" y "afectar al interés público" para considerar que deba ser difundida), argumentando en contra de ellos (lo que había hecho más extensamente el Juzgado, por lo que la misma acogió también los argumentos de éste), en base a la valoración, que se estima correcta, deducida de la abundante prueba practicada, la que examina pormenorizadamente y en cuanto que la pone en relación ajustada a la doctrina del Tribunal Constitucional, la que cita y en lo que la misma afecta a tales requisitos. Solo cabe, para desestimar el motivo y confirmar lo decidido al respecto por el Tribunal "a quo", precisar, de esos criterios jurisprudenciales, de acuerdo en esto con el ponderado informe realizado por el Ministerio Público, el hecho de que **no se añaden, en la información ofrecida por el Director-Médico, como responsable del Servicio de que se trata, expresiones injuriosas o innecesarias, con lo que no se infringe la "interdicción de derecho al insulto", dado que, con las frases empleadas al respecto, no se trata de afrentar al "prestigio profesional" del demandante como médico y especialista, prestigio entendible como el que consistirá en la "reputación ajena", pues no es un atentado al honor, en este sentido, la consideración sobre si el actor es buen profesional o el idóneo para realizar una determinada actividad, aunque para el aludido puedan ser esas expresiones molestas e hirientes o ayunas de cobertura constitucional en el art. 20.1 C.E. y hasta ilícitas (nunca insultantes o injuriosas), las que no afectan al derecho al honor. Por último, la información es también "relevante", como dice la Sentencia, por la gran trascendencia comunitaria de los hechos, afectantes a la Salud Pública, bien éste, ampliamente protegible, y en cuanto que aquí se refería a un órgano o institución que ejerce una función pública sanitaria, con innegable trascendencia social.**

FALLAMOS

Debemos desestimar y DESESTIMAMOS el Recurso de CASACION (...) contra la SENTENCIA de la ILTMA. AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID, "Sección 8ª", de fecha 13 de Mayo de 2000 (...) sobre Protección jurisdiccional Civil de los derechos fundamentales de las personas, en relación al derecho al Honor (...). Con expresa imposición de las COSTAS procesales derivadas del Recurso, a la parte recurrente, y con pérdida del depósito constituido.

 Cfr:

• CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA: artículo 20.1.

Condena a facultativo y seguro por deficiente tratamiento de rehabilitación

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR DEFICIENTE TRATAMIENTO TRAUMATOLÓGICO (solidaria Sanitas y traumatólogo) / HECHOS: excesivo tiempo de inmovilización y prescripción de tratamiento ambulatorio -en vez de hospitalario- tras intervención por rotura de ligamento cruzado anterior durante práctica deportiva / **OBLIGACIÓN DE MEDIOS:** al facultativo se le suponen determinados conocimientos y actuar según la *lex artis* / **CARGA DE LA PRUEBA:** corresponde a la paciente probar la impericia / Regla de la sana crítica / *Artículos 1.101, 1.104 del Código Civil; art. 632 Ley Enjuiciamiento Civil 1881* / **DOCTRINA TRIBUNAL SUPREMO:** 8.9.1998 y 29 de julio de 1998. **INDEMNIZACIÓN:** 57.885,84 €, (9.631.393 ptas.)

Tribunal Supremo.

Sentencia del 30 de diciembre del 2004.

Recurso: 3436/1998, contra

sentencia de AP Madrid, 30.06.1998.

Ponente: Ferrándiz Gabriel, José Ramón.

Otras sentencias de interés en ADS:

- ADS n° 95 / junio 2003, pág. 494. *Culpa del Estado por daños en traumatología (por inmovilización con yesos de abducción).*
- ADS n° 63 / julio-agosto 2000, pág.526. *Responsabilidad de equipo de condena por demora en realizar una prueba diagnóstica (inmovilización con férula de yeso).*
- ADS n° 63 / julio - agosto 2000. *Un cúmulo de desatinos convierte en letal un caso clínico menor (inmovilización contraindicada en tromboflebitis, y omisión de flebografía).*

El Tribunal Supremo ha confirmado una condena solidaria a *Sanitas* y al médico traumatólogo que trató deficientemente una rotura de ligamento cruzado anterior sufrido por la paciente al practicar una actividad deportiva.

El facultativo, después de la intervención, actuó negligentemente al ordenar la inmovilización de la demandante por un tiempo excesivo atendiendo a reglas y criterios que no estaban vigentes en la fecha en que tomó la decisión, y prescribió una rehabilitación ambulatoria, en vez de hospitalaria -como hubiera sido adecuado-, amparado en que el seguro por el que atendió a la lesionada no cubriría ésta.

Estima el Alto Tribunal que en la fecha de la inmovilización, según los conocimientos al alcance de cualquier traumatólogo, se consideraba excesivo y carecía de justificación el tiempo de la misma y que fijar las pautas del tratamiento de rehabilitación es una tarea que corresponde al médico y su profesionalidad independientemente de la cobertura del seguro concertado por el paciente, por lo que su actuar debe considerarse negligente. La impericia es una forma de negligencia, así pues, quién asume como experto una obligación de actividad y no cumple con el rigor técnico exigible responde, como deudor negligente, del daño causado.

La sentencia de la Audiencia Provincial, que ha sido confirmada, incrementó el importe de la indemnización fijada por el juzgado de instancia hasta la cantidad de 57.885,84 (9.631.393 ptas.) por los daños y perjuicios causados por la impericia del médico traumatólogo .

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: La Sentencia recurrida estimó el recurso de apelación que había interpuesto la demandante y condenó a los demandados (un médico traumatólogo y una sociedad aseguradora de asistencia sanitaria) a abonar a la apelante una cantidad mayor que la establecida por el

Juzgado de Primera Instancia, en concepto de indemnización por las secuelas del deficiente tratamiento de una rotura de ligamento cruzado anterior, con afectación del menisco, que sufrió la actora al practicar una actividad deportiva.

El médico demandado recurrió en casación dicha Sentencia, por dos motivos con un mismo fundamento pro-

cesal y similar apoyo sustantivo. En ellos el recurrente denuncia, por la vía del artículo 1.692.4º de la Ley de Enjuiciamiento Civil de 1.881, la violación de los *artículos 1.104 y 1.101 del Código Civil*, respectivamente.

SEGUNDO: La prestación de hacer debida por el médico recurrente no era de resultado, pues su obtención no estaba incluida en el objeto de la obligación asumida.

Antes bien, se trataba de una **prestación de medios**, que, como tal, se cumplía con la realización de la actividad prometida, aunque no viniera acompañada de la curación de la lesionada, con tal que se hubiera ejecutado con la diligencia exigible en atención a la naturaleza de la obligación y las circunstancias de personas, tiempo y lugar concurrentes (*artículos 1.101 y 1.104 del Código Civil*).

La actividad que debía el médico, contratado por poseer determinados conocimientos técnicos (*ut artifex... conduxit: Digesto 19.2.9.5*), era la de un experto profesional. Quedó obligado, no ya a actuar con la diligencia de un buen padre de familia (*artículo 1.104 del Código Civil*), sino a aplicar las energías, medios y conocimientos que, según el estado de la ciencia, *lex artis* o conjunto de saberes y técnicas propias de su profesión, estaban objetivamente a su alcance para el logro de aquel fin (*Sentencias de 12 de febrero de 1.990, 29 de julio de 1.998 y 8 de septiembre de 1.998*).

La impericia es una forma de negligencia (*etiam imperitiam culpa adnumerandam...: Digesto 19.2.9.5*), por lo que **quién asume como experto una obligación de actividad y no la cumple con el rigor técnico exigible, responde, como deudor negligente, del daño causado (artículo 1.101 del Código Civil)**.

Por ello, la responsabilidad contractual del médico por tal modalidad de incumplimiento (*artículo 1.101 del Código Civil*) depende de una previa valoración de la idoneidad de la conducta por él desplegada. Es, en efecto, necesario un juicio de diligencia, que implica la **comparación entre la prestación ejecutada y la debida, la cual se identifica según el modelo ideal y objetivo de conducta exigible en atención a la cualificación profesional del deudor y a la naturaleza de la actividad por él prometida. A esa doctrina, referencia necesaria para la decisión del recurso, hay que añadir, como lógica consecuencia, que correspondía a la paciente probar ese incumplimiento**, ya que el mismo constituye el fundamento de su pretensión de indemnización (*Sentencia de 8 de septiembre de 1.998*).

TERCERO: En el primero de los motivos B denuncia la vulneración del artículo 1.104 del Código Civil.

Alega que la infracción es consecuencia de haber declarado el Tribunal de apelación que había actuado culposamente por haber superado la inmovilización de la demandante, después de la intervención, el tiempo adecuado según unas **reglas o criterios (*lex artis*) que no estaban vigentes en la fecha en que tomó la decisión; y por haber prescrito una rehabilitación ambulatoria, en lugar de hospitalaria, cuando aquélla estaba fuera de su control y ésta carecía de la cobertura del seguro por el que atendió a la lesionada**. En el motivo segundo denuncia la infracción del artículo 1.101 del Código Civil, negando, sin mayor explicación, que hubiera actuado negligentemente al ejecutar su prestación contractual. **Ninguno de los dos motivos merece ser estimado. El Tribunal de apelación, soberano en la valoración de la prueba, en tanto no sea contraria a las normas legales que la regulan (*Sentencia de 29 de julio de 1.998*), sometió la pericial a las reglas de la sana crítica (*artículo 632 de la Ley de Enjuiciamiento Civil de 1.881*) y llegó a dos conclusiones**, mediante una operación discursiva derivada de proposiciones enlazadas lógicamente, que no cabe sino mantener como plenamente correctas :

1ª) **ya en la fecha en que se decidió la inmovilización de la pierna de la demandante, el tiempo de la misma se consideraba excesivo y carecía de justificación, según los conocimientos entonces al alcance de un traumatólogo;**

2ª) **el demandado, que debía prescribir las pautas del tratamiento de rehabilitación de la demandante y supervisarlos, responde de su actuación como médico, ajena al ámbito puramente patrimonial de la cobertura del seguro concertado por su paciente.**

FALLAMOS

DECLARAMOS NO HABER LUGAR AL RECURSO DE CASACIÓN interpuesto, por B, contra la Sentencia dictada, con fecha **treinta de junio de mil novecientos noventa y ocho, por la Sección Undécima de la Audiencia Provincial de Madrid**, con imposición de las costas al recurrente y pérdida del depósito constituido al que se dará curso legal.

☞ Cfr.:

- CÓDIGO CIVIL: artículos 1.101 y 1.104.
- LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL 1881: artículo 632.
- UT ARTIFEX (...) CONDUXIT: Digesto 19.2.9.5.
- ETIAM IMPERITIAM CULPAE ADNUMERANDAM (...): Digesto 19.2.9.5.

☞ Sentencias:

- TRIBUNAL SUPREMO: sentencias de 29 de julio y 8 de septiembre de 1998 y 12 febrero 1990.

El proveedor de sangre indemniza al hospital por suministro de plasma con VHC

Una mutualidad de previsión social reclamó la cantidad de 54.091 € a Cruz Roja Española en concepto del importe abonado previamente a una mutualista como indemnización por los daños sufridos como consecuencia de haber contraído una hepatitis vírica de tipo C, con ocasión de una operación quirúrgica a que fuera sometida en un centro médico de la citada mutualidad.

La reclamación se fundamentó en que el banco de sangre de Cruz Roja Española era el proveedor exclusivo de hemoderivados y plasma de la mutualidad reclamante y que la infección de la paciente tuvo su causa en las transfusiones de sangre que le fueron practicadas en el curso de la intervención quirúrgica con plasma infectado.

La Sala declara la responsabilidad civil de Cruz Roja Española por cuanto habiendo quedado reconocido por esta entidad en el procedimiento judicial que las transfusiones a la paciente infectada se realizaron por su banco de sangre, es lo cierto que "la función que desarrollan los Bancos de Sangre ha de calificarse de paramédica o sanitaria, lo que (...) no implica una suavización de la diligencia con que la misma ha de ser ejecutada." Igualmente, a esta actividad les son de aplicación los artículos 27 y 28 de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios, en cuya virtud, "la responsabilidad por el uso de envases cerrados corresponde a la firma que figure en su etiqueta" y que son especialmente reforzadas las garantías con que han de contar los consumidores a la hora de recibir bienes y servicios que incluyan, por su propia naturaleza, niveles determinados de pureza, eficacia y seguridad y supongan controles técnicos, profesionales o sistemáticos de calidad hasta llegar en debidas condiciones para los consumidores, como así ocurre con los servicios sanitarios y con los prestados por los bancos de sangre. Como los controles de seguridad fallaron, la responsabilidad corresponde a Cruz Roja Española.

Otras sentencias de interés en ADS:

• ADS nº 81 / Marzo 2002, pág. 218. El Supremo indemniza un contagio VHC por no informar de alternativas a la transfusión.

• ADS nº 60 / abril 2000, pág. 263 y ADS nº 61 / mayo 2000, pág. 361. El contagio transfusional del 'sida' en el Derecho Español (I y II). José Manuel Martínez-Pereda Rodríguez. Magistrado del Tribunal Supremo. Presidente del Consejo Asesor de Actualidad del Derecho sanitario.

RESPONSABILIDAD CIVIL POR NEGLIGENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA SANGRE (Mutualidad de Previsión Social Quinta de Salud la Alianza -MPSQSA- contra Banco de Sangre de la Cruz Roja): / HECHOS: mutualidad que indemniza a paciente infectada con el virus de la hepatitis por transfusiones realizadas con sangre infectada y suministrada por banco de sangre de Cruz Roja Española al que la MPSQSA reclama el reintegro de la indemnización abonada / **RESPONSABILIDAD POR CULPA** por deficiente adopción por el banco de sangre de controles y pruebas reglamentarias para el tratamiento de plasma / Aplicación de artículos 27 y 28 de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios / **INDEMNIZACIÓN:** 54.091 euros.

Tribunal Supremo.

Sentencia de 15 de noviembre de 2004.

Recurso 3138/1998, contra

sentencia de AP Barcelona, 07.07.1998.

Ponente: Romero Lorenzo, Antonio.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: En proceso anterior a aquel del que el presente recurso trae causa **D^o. C.C. había reclamado 15 millones de pesetas a "Quinta de Salud la Alianza, Mutualidad de Previsión Social" como indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de haber contraído una hepatitis vírica de tipo C, con ocasión de una operación quirúrgica a que fuera sometida el 9 de enero de 1989 en centro médico de la citada Mutualidad.**

En dicho litigio (autos 1120/93 del Juzgado de Primera Instancia número Veintisiete de Barcelona) **recayó sentencia por la que se condenó a la Quinta de Salud a abonar a su mutualista la cantidad de 10.000.000 de pesetas, más los intereses devengados desde la fecha de la reclamación judicial.**

Con posterioridad a haberse dictado dicha resolución, **ambas partes llegaron a una transacción por la que la Quinta de Salud abonaba 9.000.000 de pesetas y la Sra. C.C. se daba por totalmente saldada y finiquitada, obligán-**

dose a no ejecutar la sentencia mencionada, aún cuando la misma ganare firmeza y a hacer constar esta renuncia de acciones ante el Juzgado número Veintisiete.

SEGUNDO: "B.", con base en que tenía al Banco de Sangre de A. como proveedor exclusivo de hemoderivados y plasma y que la hepatitis de la Sra. C.C. era consecuencia de las transfusiones que hubieron de practicarse en el curso de la operación antes aludida, reclama en los presentes autos la condena de A. al pago de la cantidad de 9.000.000 de pesetas, más los intereses devengados desde el abono de esta cantidad a dicha paciente.

El Juzgado de Primera Instancia estimó la pretensión, con imposición de costas a la parte demandada y su resolución fué confirmada en grado de apelación por la Audiencia Provincial, que condenó a la recurrente al pago de las costas de la alzada.

A. interpone este recurso de casación que se articula a través de tres motivos, todos ellos con fundamento en el ordinal 4º del artículo 1692 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

TERCERO: En el primer motivo se denuncia la infracción del artículo 1252 del Código Civil y de la jurisprudencia sobre la presunción de cosa juzgada, por cuanto pese a que A. no había sido parte en el proceso instado por la Sra. C.C. contra Quinta de Salud, la Audiencia ha entendido que la afirmación de la sentencia recaída en el mismo respecto a la existencia de nexo causal entre la transfusión realizada a dicha mutualista y el contagio por la misma sufrido, produce el efecto de cosa juzgada, que solo podía ser destruido por prueba en contrario que incumbía aportar a la ahora recurrente.

Sin embargo, se alega por la recurrente que no concurren las identidades subjetivas que exige el artículo 1252 del Código Civil, ni tampoco existían entre Quinta de Salud la Alianza y A. los vínculos de solidaridad a que se refiere el último párrafo del precepto citado, pues la propia sentencia que se recurre excluye totalmente en el tercero de sus Fundamentos de Derecho la responsabilidad de la Alianza en el daño causado a la Sra. C.C.

Para decidir acerca de la argumentación que acaba de resumirse, ha de comenzar por afirmarse que pese a la falta de concurrencia del requisito de identidad subjetiva que establece el artículo 1252, esta Sala, en reciente sentencia de 14 de julio de 2003, ha tenido ocasión de recordar la doctrina del Tribunal Constitucional según la cual los órganos jurisdiccionales han de ajustarse a lo juzgado en un proceso anterior cuando hayan de decidir sobre una relación o situación respecto a la cual la sentencia recaída se encuentre en estrecha conexión (sentencia 151/2001, de 2 de julio), incluso aunque no sea posible apreciar el efecto mencionado en el artículo 1252 del Código Civil (sen-

tencias 171/1991, de 16 de septiembre y 219/2000 de 18 de septiembre), pues si bien la libertad de interpretación de la norma ha de ser respetada como parte integrante de la propia función jurisdiccional, debe tenerse en cuenta que los principios de igualdad jurídica y de legalidad en materia procesal vedan a los Jueces y Tribunales, fuera de los casos previstos en la ley, revisar el juicio efectuado en un caso concreto, pues la protección jurisdiccional carecería de efectividad si se permitiera reabrir en cualquier circunstancia lo ya resuelto por sentencia firme (sentencias 189/1990, de 26 de noviembre, 67/1989, de 7 de junio y 77/1983 de 3 de octubre).

Se está proclamando, en definitiva, que se trata de salvaguardar la eficacia de una resolución judicial que, habiendo adquirido firmeza, ha conformado la realidad jurídica de una forma cualificada la cual no puede desconocerse por otros órganos juzgadores sin reducir a la nada la propia eficacia de aquella.

Sin duda es en este sentido como ha de entenderse la afirmación de la sentencia recurrida respecto a que el nexo causal entre el suministro de sangre y el contagio es materia ya juzgada o tiene carácter prejudicial en el presente proceso, por haber sido establecido en el litigio precedentemente sostenido por la Sra. C.C. contra Quinta de Salud.

Sin embargo, es necesario significar que estas partes contendientes han llegado a una transacción poniendo fin a sus diferencias y a la controversia procesal que venían sosteniendo. A tal efecto, la Sra. C.C. abandona su primitiva pretensión (15.000.000 de pesetas) y aún la cantidad que le reconocía el Juzgado (10.000.000 de pesetas, más los intereses devengados desde la fecha de la reclamación judicial), conformándose con percibir únicamente 9.000.000 de pesetas y renunciando a ejecutar la sentencia de primera instancia "aunque gane firmeza". A su vez la Quinta de Salud obtiene una importante rebaja del numerario que tendría que desembolsar y deja la puerta abierta a una acción de repetición contra la entidad que considera causante del daño.

Como ha declarado esta Sala, toda transacción borra el pasado y es fuente de una relación jurídica diferente, provocando el nacimiento de nuevos vínculos y obligaciones, de suerte que, sea judicial o extrajudicial, tiene carácter novatorio y sustituye la relación jurídica puesta en litigio por otra cierta e incontrovertida.

Si se admitiese la permanencia de los efectos jurídicos de una sentencia así novada, se estaría aceptando la posibilidad de instrumentalizar la administración de justicia al servicio de una de las partes, quién, además de incumplir lo convenido, podría intentar la satisfacción de sus pretensiones en base a situacio-

nes pretéritas y caducadas (sentencias de 10 de julio de 2002, 29 de julio de 1998 y las que en ellas se mencionan).

Obligado resulta afirmar que si la sentencia dictada en el anterior proceso ha dejado de ser vinculante para la Sra. Marí Luz y Quinta de Salud la Alianza, que eran quienes en él litigaban, difícilmente puede admitirse que pueda desarrollar con respecto a A. los efectos prejudiciales a que se refiere la Audiencia en la resolución objeto de recurso.

CUARTO: De cuanto queda expuesto no puede sin más, llegarse a la conclusión de que el motivo que estamos analizando haya de ser acogido, pues debe tenerse presente que el **Tribunal de apelación ha confirmado la sentencia de primera instancia, en la que el Juzgado, ante la naturaleza y gravedad del daño causado ha tenido en cuenta de una parte, que el contagio de la hepatitis comenzó a detectarse poco tiempo después de la operación en que se realizaron transfusiones a la Sra. C.C. con los hemoderivados y plasma cuyo suministro había reconocido expresamente A.** en el hecho segundo de su escrito de contestación a la demanda, y, por otro lado, que es algo notorio que en una gran mayoría de casos los contagios de este tipo se hallan en íntima conexión con las transfusiones de sangre que vienen exigidas por muchas actuaciones quirúrgicas.

A partir de estos dos datos y tratándose del ejercicio de una **acción de responsabilidad extracontractual contra la entidad que, como se dijo, había reconocido ser quien suministrara las unidades de sangre transfundidas** (añadiendo que la mutualidad demandante solamente podía acudir a su Banco de Sangre a fin de obtener la que pudiera precisar para la actividad hospitalaria que desarrollaba), **ha de calificarse de correcta la decisión del Juzgado de exigir a A.** -por ser quien había manipulado y confeccionado un producto tan esencial y vital, desde su extracción y almacenamiento hasta la puesta a punto para su aplicación- **la demostración de la inexistencia de la responsabilidad** que por la actora se le imputaba, acreditando la total diligencia con que se habían llevado a cabo las labores mencionadas, máxime si se tiene en cuenta que la **Quinta de Salud debió limitarse a proceder a la utilización del producto envasado, tal y como le fuera entregado, listo para su aplicación, el 9 de enero de 1989 y que los síntomas sospechosos de hepatitis vírica fueron confirmados el 6 de marzo siguiente.**

Como corolario de cuanto se ha expuesto, si bien el reproche que ha formulado la recurrente negatorio de la existencia del efecto o presunción de cosa juzgada, debe ser aceptado, no puede echarse en olvido la doctrina de esta Sala (sentencias de 15 de febrero y 18 de abril de 1992 y 9 de septiembre de 1991, entre otras) de que la característica de este recurso extraordina-

rio es producir, caso de ser estimado, una alteración del fallo de la sentencia impugnada, por lo que la casación no puede ser acogida si ha de mantenerse dicho fallo, aunque sea por razonamientos jurídicos distintos de los que aquella resolución había tenido en cuenta.

Procede, por ello, desestimar el motivo objeto de consideración.

QUINTO: En el segundo motivo se denuncia error de derecho en la apreciación de la prueba, con infracción de los artículos 637 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y 1243 del Código Civil al haberse interpretado el dictamen pericial en contra de las reglas de la sana crítica.

Se señala que, pese a que en el dictamen pericial se afirmaba contundentemente que se habían cumplido los requisitos legales y de la *lex artis* en el funcionamiento del Banco de Sangre de la entidad demandada, en la sentencia impugnada se manifiesta sin mayor razonamiento que dado que la donación de sangre y las actividades subsiguientes de su conservación y puesta a disposición de los centros médicos constituyen una materia minuciosamente reglada, la valoración de la diligencia debe hacerse a la luz de estas normas reglamentarias que exigen una serie de controles y pruebas que en el caso que nos ocupa no pueden considerarse practicadas con la rigurosidad y contundencia precisas.

Respecto a esta alegación de la parte recurrente ha de tenerse en cuenta que el Tribunal de apelación como ya se dijo, ha confirmado la sentencia del Juzgado, en la que se hacía **expresa referencia al dictamen emitido por la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad Autónoma de Barcelona**, pero se resaltaba que también era necesario tener en cuenta la poca eficacia y credibilidad del soporte documental puesto a disposición por la A. para la realización de la pericia pues el mismo consistía en simples fotocopias sin refrendo oficial de la Entidad a que se atribuían, y sin que existiere constancia fehaciente de que las unidades transfundidas a la Sra. Marí Luz hubiesen sido donadas por las personas concretas que indicaba la parte demandada y sobre las que se ha desarrollado la prueba que nos ocupa.

En definitiva es incuestionable que para la valoración de las pruebas periciales no solo ha de tenerse en cuenta la experiencia y preparación de quien emite los dictámenes, sino también la concurrencia de posibles circunstancias que -como en el presente supuesto acontece- impiden que los Tribunales, precisamente en atención a las reglas de la sana crítica, hayan de considerarse vinculados a los informes de que se trata.

Las precisiones que realiza el Juzgado de Primera Instancia

sobre las anomalías a que hemos aludido, determinan que la pericial propuesta por la ahora recurrente no pueda considerarse suficiente para desvirtuar la imputación de responsabilidad de la misma en el contagio sufrido por la Sra. C.C., **habida cuenta de la facilidad probatoria de que la A. disponía para acreditar que su actuación en la extracción, procesamiento, preparación de componentes de la sangre extraída, control de calidad, envasado y etiquetado de las unidades de sangre o hemoderivados a emplear en transfusiones y su suministro habían alcanzado los niveles técnico-sanitarios que han de ser exigidos en actividad tan trascendental para la recuperación de la salud humana.**

En consecuencia, el motivo objeto de estudio ha de ser desestimado

SEXO: En el último de los motivos se denuncia la infracción del artículo 1902 del Código Civil y de la jurisprudencia acerca de **la responsabilidad médico sanitaria, aludiendo al hecho de que en el Fundamento Jurídico Tercero de la sentencia de apelación se afirme que no nos hallamos ante un caso de responsabilidad del artículo 1902, ya que al existir una vinculación entre las partes, la responsabilidad de autos debe analizarse a la luz de la culpa contractual.**

Se argumenta por la parte recurrente que según la doctrina de esta Sala la existencia de un contrato no obsta a la conceptualización de la responsabilidad médica como contractual o extracontractual. A ello añade que la obtención, conservación y utilización terapéutica de la sangre humana constituye un conjunto de actos médicos y, finalmente, que la actividad médica entraña una obligación de medios y no de resultados, por lo que no cabe admitir una inversión de la carga de la prueba, debiendo entenderse determinada la medida de la diligencia por la *lex artis ad hoc*.

En cuanto a la alegación desarrollada por la recurrente en el presente motivo ha de aceptarse que **no son recíprocamente excluyentes, como parece deducirse de la resolución recurrida, la existencia de un contrato entre las partes y la posible concurrencia en alguna de ellas de responsabilidad extracontractual, como repetidamente ha declarado esta Sala. Sin embargo no puede admitirse, al menos como regla general, que la actividad médica suponga únicamente una obligación de medios y no de resultados, aún cuando en el supuesto que nos ocupa resulte innecesario proceder a la exposición de aquellas actuaciones médicas en que resulta exigible la obtención de un concreto resultado, por cuanto, evidentemente, la función que desarrollan los Bancos de Sangre ha de calificarse de paramédica o sanitaria, lo que como pasamos a exponer no implica una suavización de la diligencia con que la misma ha de ser ejecutada.**

En efecto, **la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios establece en su artículo 27 que la responsabilidad por los daños y perjuicios causados por la utilización de productos envasados, etiquetados y cerrados con cierre íntegro corresponde a la firma que figure en su etiqueta; reforzándose en el artículo 28 las garantías para los perjudicados cuando necesariamente los bienes o servicios incluyan, por su propia naturaleza o por estar reglamentariamente establecido, niveles determinados de pureza, eficacia y seguridad y supongan controles técnicos, profesionales o sistemáticos de calidad hasta llegar en debidas condiciones para los consumidores o usuarios, como en todo caso ha de exigirse a los servicios sanitarios.** En tal contexto, ha de tenerse en cuenta que la Audiencia Provincial afirma -como se ha hecho constar en el anterior Fundamento- que **al hallarse minuciosamente regulada la materia de donación de sangre y las actividades de los Bancos de Sangre, la valoración de la diligencia debe hacerse a la luz de las normas reglamentarias, que exigen una serie de controles y pruebas que no pueden considerarse practicadas con la rigurosidad y contundencia precisas.** En conclusión, la afirmación de la sentencia recurrida acerca de la naturaleza de la responsabilidad de la recurrente, en la que en la argumentación del presente motivo se ha puesto especial énfasis, ha de calificarse de algo accesorio en orden a la imputación a A. de los daños causados por la **transfusión realizada por "Quinta de Salud la Alianza"** que por el Tribunal se realiza con base en la valoración de la prueba practicada. El motivo, en consecuencia, ha de ser rechazado.

SEPTIMO: A tenor de lo prevenido en el artículo 1715.3 de la Ley de Enjuiciamiento Civil debe ser condenada la recurrente al pago de las costas causadas y a la pérdida del depósito constituido.

FALLAMOS

Se declara **no haber lugar al recurso de casación interpuesto por "A."** contra la sentencia del 7.8.1998 de la Audiencia Provincial de Barcelona, conociendo en grado de apelación de los autos de juicio de menor cuantía número 318/96 procedentes del Juzgado de Primera Instancia número Treinta y ocho de los de Barcelona. Se condena a la entidad recurrente al pago de las costas causadas y a la pérdida del depósito constituido.

Cfr.:

- LEY GENERAL PARA LA DEFENSA DE CONSUMIDORES Y USUARIOS: artículos 27 y 28.

Sentencias:

- TRIBUNAL SUPREMO: sentencia de 9 de septiembre de 1991 y 15 de febrero y 18 de abril de 1992.
-

Condena a ginecólogo por demorar el diagnóstico de un tumor de mama

El Tribunal Supremo ha condenado a un ginecólogo por **conducta profesional negligente** al no realizar todas las pruebas médicas necesarias para llegar a un diagnóstico correcto del padecimiento de su paciente, aquejada de un **bulto en una axila**. La conducta fue determinante para no dispensar a la enferma un tratamiento a un **tumor de mama** en un estadio más precoz de su evolución.

El demandado no aportó la historia clínica, por lo que **no quedó acreditada la realización de ecografías**. Además, la conducta adecuada a la "lex artis ad hoc" exigía la realización de todas las pruebas necesarias para emitir un diagnóstico acertado. Ante la irregularidad de las microcalcificaciones detectadas en la primera mamografía, el ginecólogo debió de llevar un control más inmediato de la evolución del bulto axilar reiterando las pruebas citológicas, o bien practicar la exéresis recomendada por el radiólogo, como señala el informe pericial. Sin embargo, el demandado aconsejó tratamiento con antibiótico, antiinflamatorio y reductor de la densidad del tejido mamario.

Daños morales por fallecimiento

El Tribunal Supremo advierte la **yuxtaposición de responsabilidades, contractual y extracontractual**, de la responsabilidad civil médica y estima la infracción de los artículos 1101, 1104 y 1902 del Código Civil.

El demandado no es condenado a la indemnización por los gastos médicos (de más de 18 millones de pesetas) de la intervención quirúrgica y el postoperatorio de la paciente, dado que cualquiera que hubiese sido el momento de la comprobación de la existencia del carcinoma, éste debía haber sido tratado igualmente.

No obstante, el Tribunal Supremo sí condena a la indemnización solicitada de **25 millones de pesetas por daños morales**, desglosada en 10 millones para el hijo, otros 10 millones para el esposo (asimismo fallecido, al que sucede su hijo), y otros 5 millones para el hermano y tutelado de éste último. Se confirma la sentencia de primera instancia, además de **imponer al demandado las costas de la apelación**.

RESPONSABILIDAD DE GINECÓLOGO POR OMISIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS / HECHOS: fallecimiento de mujer por tumor de mama que no fue correctamente diagnosticado por no llevar un control inmediato y exhaustivo del bulto axilar de la paciente / Falta de acreditación de haber realizado ecografías por no aportar la historia clínica / YUXTA-POSICIÓN DE RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL médica / Aplicación de los artículos 1101,1104 y 1902 del Código Civil y del art. 1692.4 LEC / **DOCTRINA TS sobre yuxtaposición de culpas:** *sentencias del 11 de marzo de 1996 y 16 de febrero de 1995* / **INDEMNIZACIÓN:** 150.253,02 euros por daños morales a marido e hijos.

Tribunal Supremo.

Sentencia del 23 de septiembre del 2004.

Recurso 2650/1998, contra

sentencia de AP de Logroño, 02.06.1998.

Ponente: González Poveda, Pedro.

- ADS nº 95 / junio 2003, pág. 504. *Condena por ignorar el informe médico que detectó el carcinoma y no hacer mamografía.*
- ADS nº 95 / 2003, pág. 481. *Condena por ignorar el parte de ingreso hospitalario y no ordenar la ecografía.*
- ADS nº 63 / 2000, pág. 526. *Condena por demora en realizar una prueba diagnóstica.*
- ADS nº 93 / Abril 2003, pág. 322. *Condena por omisión de medio diagnóstico y daño desproporcionado (nódulo sospechoso en mama).*
- ADS nº 38 / abril 1998, pág. 174. *Condena por omitir la prueba diagnóstica que habría evitado la mastectomía.*
- ADS nº 57 / enero 2000, pág. 18. *Un tribunal condena por no informar en mastectomía aplicando la Ley de Usuarios.*

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: Por don P., fallecido durante la tramitación de este recurso de casación, se interpuso **demandas de juicio de menor cuantía, en su propio nombre y en el de su hijo entonces menor de edad, R., y de su hermano, también menor y del que era tutor, S., contra don A.A.**, al que se reclama indemnización de los daños y perjuicios sufridos por los actores como consecuencia

del error de diagnóstico que se imputa al demandado al no diagnosticar a doña Encarna, esposa, madre y tutora con su esposo, respectivamente, de los demandantes.

La sentencia objeto de este recurso revocó la de primera instancia, parcialmente estimatoria de la demanda, y desestimó ésta.

Los antecedentes a tener en cuenta para la resolución del recurso sobre los que no existe controversia son los siguientes:

1) Doña Encarna, de 34 años de edad, al advertir la aparición de un **bulto en su axila derecha**, acudió el **día 20 de mayo de 1994 a la consulta de Don A.A., especialista en Obstetricia y Ginecología**, que reconoció a la paciente, **le realizó una ecografía así como una punción citológica** que remitió para su estudio y análisis al especialista en Anatomía Patológica, Dr. Miguel, y **se recomendó una mamografía** que se efectuó en el Centro Radiológico San Jorge de Logroño.

2) El informe anatomopatológico emitido por el Dr. Miguel contiene el siguiente diagnóstico: **“negativo para células neoplásicas”**..

3) Practicada en el Centro Radiológico San Jorge **mamografía de chequeo (Rx. latero-mediales)**, la **Dra.B.B. emitió, en 6 de junio de 1994, el siguiente “INFORME. Mamografía: Parenquima glandular displásico, de alta densidad, predominio en la M. dcha., con micronodularidad dispersa en un tejido conjuntivo edematoso, con poca definición.- En la M. dcha. suprareolar, hacía el C. Ext., microcalcificaciones irregulares, aglutinadas en 1 cm.- En la M. izq. dos calcificaciones, dispersas y benignas.- En la prolongación axilar, poco delimitada, se define un a posible adenopatía y otras dos bilaterales, más profundas.**

Se pasa el **transductor ecográfico**, valorando numerosas microlagunas dispersas y bilaterales. Sobre el grupo de las microcalcificaciones no se aprecia más que una discreta perturbación sónica, sin aportar nuevos datos.- **Una adenopatía de 1,3 cm. en el hueco axilar derecho.**

Diagnóstico : Displasia: adenosis y microcalcificaciones en la M. dcha., que recomiendo control y/o marcador para exéresis”.

3) La mamografía y el informe se entregaron a Doña Encarna quien, a su vez, los entregó al Dr. A.A.. **Este se puso en contacto telefónico con la Dra.B.B. haciendo-**

le saber que había practicado una punción citológica estando a la espera del resultado de su análisis. Ante esto, la **Dra.B.B., con la misma fecha que el anterior, el 6 de junio de 1994, emitió un nuevo informe** con el mismo contenido que el anterior en cuanto al apartado “Mamografía” y con el siguiente **Diagnóstico: “Displasia: adenosis y microcalcificaciones en la M. dcha. que recomiendo control.- Adenopatías axilares derechas a considerar resultado punción citológica”**.

4) **A la vista del resultado de tales pruebas, el Dr. A.A. comunicó seguidamente a la paciente el resultado negativo en cuanto a la detectación de un posible tumor, recomendándole que llevara a cabo una vigilancia continua y periódica de su bulto axilar.**

5) Afirman los actores que en septiembre de 1994, Encarna acudió a revisión; el Dr. A.A. le hizo una ecografía y le informa que no encontraba nada que le hiciera sospechar algo malo. El demandado niega la existencia de tal visita que dice no consta en el **historial clínico, historial que no consta en autos a pesar del requerimiento** que para su aportación se le hizo en periodo probatorio.

6) **En 26 de octubre de 1994, la paciente acude a consulta ante el aumento del bulto y notarse el pecho derecho mas inflamado y mas duro que el otro. Se le practica una mamografía en el mismo Centro que la de 6 de junio, emitiendo la Dra. B.B. el siguiente informe en 26 de octubre de 1994: “Mamografía: La paciente no aporta placas del estudio previo y además se encuentra en fase premenstrual por lo que resulta difícil un análisis comparativo preciso en relación con las microcalcificaciones ya conocidas.- Parénquima grandular, de alta densidad, visualizando en región retroareolar un grupo de pequeñas calcificaciones que en el momento actual no impresionan malignidad aunque seguimos recomendando control y en su caso exéresis.- Se pasa el transductor ecográfico, valorando en la zona arriba mencionada, un foco de adenosis, dentro de una estructura repleta de imágenes de retención”**.

A la vista de esta prueba, el **Dr. A.A. aconseja tratamiento con “Progestogal”** (que disminuye la densidad del tejido mamario) y **revisión a los tres meses.**

7) **Ante la falta de mejoría, la paciente acude a consulta el día 17 de noviembre, siéndole recomendado tratamiento con “Augmentine” (antibiótico) y Voltaren (antiinflamatorio).**

8) **En 29 de noviembre** la paciente acude nuevamente

a consulta del Dr. A.A. que la remite al Hospital de San Millán, de Logroño, para que acuda a él el día 7 de diciembre siguiente.

9) El día *30 de noviembre de 1994* el Dr. A.A. entrega a la paciente un **informe** fechado el anterior día 17, en el que hace constar: **“Diagnóstico: adenopatías axila derecha y Mama de alta densidad.- Tratamiento: Se recomienda biopsia axilar debido al tamaño de los ganglios de axila derecha.- Recomendaciones: Preoperatorio para intervención quirúrgica”**.

10) El *30 de noviembre de 1994*, Encarna ingresa por el servicio de urgencias en la Clínica Universitaria de Navarra, donde se realiza un análisis anatomopatológico de líquido extraído mediante punción de nódulo axilar con el siguiente **“Pronóstico Citológico”**; **“citología compatible con quiste epidérmico, aunque no se descarta que pueda tratarse de una metástasis de un carcinoma escamoso bien diferenciado, con componente quístico”**.

El día *12 de diciembre de 1994* ingresó nuevamente para biopsia en la Clínica Universitaria, obteniéndose el **diagnóstico intraoperatorio de adenocarcinoma ductal infiltrante con componente de carcinoma lobulillar y áreas de carcinoma escamoso, practicándose mastectomía radical modificada y linfadenectomía axilar**.

11) El día *26 de diciembre de 1994* inició quimioterapia y posteriormente, entre el 7 de junio y el 25 de julio de 1995, se administró radioterapia radical. Al finalizar ésta, se demostró la aparición de metástasis retroperitoneales, mediastínicas, pleurales y linfangitis carcinomatosa pulmonar, comprobadas con citología pleural y scanner de seguimiento. Se comenzó quimioterapia intensiva.

12) Encarna falleció el *15 de noviembre de 1995*, con metástasis pulmonares, mediastínicas, supraclaviculares y retroperitoneales. La causa inmediata de la muerte por fallo respiratorio agudo fue atribuida a tromboembolismo pulmonar.

SEGUNDO: Al amparo del art. 1692.4º de la Ley de Enjuiciamiento Civil, el motivo primero denuncia infracción de los arts. 1101, 1104 y 1902 del Código Civil, “por inaplicación en un supuesto de negligencia en el cumplimiento de las obligaciones, atendiendo a la naturaleza de la obligación y de las circunstancias de las

personas afectadas, tiempo y lugar a la luz de la jurisprudencia que los interpreta, citando, entre otras, las sentencias del *Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1996 y 16 de febrero de 1995*, que establecen la **yuxtaposición de responsabilidades, contractual y extracontractual** en el ámbito de la responsabilidad civil médica”.

Como reitera la *sentencia de 26 de marzo de 2004*, es doctrina constante de esta Sala, recogida en sentencias de *26 de mayo de 1986, 12 de julio de 1988, 17 de junio de 1989 y 7 y 12 de febrero de 1990*, que la **obligación contractual o extracontractual del médico**, y más en general, del profesional sanitario, no es la de obtener en todo caso la recuperación del enfermo, o lo que es igual, **no es la suya una obligación de resultado, sino una obligación de medios**, es decir, está obligado, no a curar al enfermo sino a proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia; además en la conducta de los profesionales sanitarios queda, en general, descartada toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba, admitida por esta Sala para los daños de otro origen, estando, por tanto, a cargo del paciente la prueba de la relación o nexo de causalidad y la de la culpa, ya que a la relación material o física ha de sumarse el reproche culpabilístico (*sentencias de 7 de julio de 1987, 12 de julio de 1988 y 7 de febrero de 1999*) que puede manifestarse a través de la **negligencia omisiva de la aplicación de un medio** (*sentencia de 7 de junio de 1988*) o más generalmente en una acción culposa (*sentencia de 22 de junio de 1988*). Y así se ha estimado en aquellos casos en que se logró establecer un nexo causal entre el acto tachado de culpable o negligente o la omisión de los cuidados indicados y el resultado dañoso previsible y evitable, caso de las *sentencias de 7 de febrero de 1973, 28 de diciembre de 1979, 28 de marzo de 1983 y 12 de febrero de 1990*; cuando, por el contrario, no es posible establecer la relación de causalidad culposa no hay responsabilidad sanitaria, así en *sentencias de 26 de mayo de 1986, 13 de junio de 1987, 12 de febrero de 1988 y 7 de febrero de 1990* (*sentencia del Tribunal Supremo de 6 de noviembre de 1990*). Afirma la *sentencia de 2 de octubre de 1997* que “el substrato de todo contrato de arrendamiento de servicios médicos, está constituido por lo que doctrinalmente se denomina **“lex artis ad hoc”**, que no significa otra cosa que los criterios médicos a tomar han de ceñirse a los que se estimen correctos, siempre **con base a la “libertad clínica” y a la prudencia**, en otras palabras, como dice la *sentencia de esta Sala de 25 de abril de 1994* que la **“lex artis ad hoc” es tomar en consideración el caso concreto en que se produce la actuación o intervención médica y las cir-**

cunstances en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional, teniendo en cuenta las especiales características del actor del acto médico, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo- o exógenos -la influencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto como conforme o no a la técnica médica normal requerida”.

Atribuido al médico demandado un **error de diagnóstico**, éste viene constituido por el conjunto de actos médicos que tienen por finalidad constatar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad que sufre el enfermo; de ahí que se considere ésta la primera actuación del médico siendo también lo más importante pues el tratamiento ulterior dependerá del diagnóstico previo. **Para la exigencia de responsabilidad por un diagnóstico erróneo o equivocado, ha de partirse de sí el médico ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en el momento, para emitir el diagnóstico; realizadas todas las comprobaciones necesarias, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles.**

En el presente caso, cabe calificar la **conducta profesional del ginecólogo demandado como negligente, al no haber realizado todas las pruebas médicamente recomendadas para llegar a un diagnóstico correcto del padecimiento que presentaba su paciente. En primer lugar ha de señalarse que, ante la falta de traída a los autos por el demandado de la historia clínica de la enferma, para lo que fue requerido en fase probatoria, no puede tenerse por acreditada la realización por el propio demandado de ecografías al reconocer a aquélla.**

Si bien consta que el Dr. A.A., en la primera consulta, realizó una punción-aspiración en la adenopatía axilar derecha, que dió como diagnóstico “negativo para células neoplásicas”, **tal punción fue realizada antes de conocer el resultado de la mamografía; a lo que debe añadirse que, de acuerdo con el informe pericial del Dr. R., la prueba de punción de adenosis con aguja fina (PAAP) no ofrece el cien por cien de especificidad y siempre debe predominar la sospecha clínica. Una vez conocido el resultado de la mamografía de 6 de junio de 1994, en la que la radióloga recomienda control y/o exé-**

resis, el demandado se limitó a recomendar a su paciente que llevara a cabo una vigilancia continua y periódica de su bulto axilar y cualquier variación de la zona, sin señalar fecha alguna para nuevo reconocimiento. En cuanto a la consulta llevada a cabo en 26 de octubre de 1994, no obstante la indicación de la radióloga, de dificultad de análisis comparativo preciso en relación con las microcalcificaciones ya conocidas, al no haberse aportado las placas del estudio previo y encontrarse la paciente en fase premenstrual, y la recomendación de control y en su caso exéresis, **el demandado se limitó a recetar “Progestogel” y revisión a los tres meses, sin acordar la práctica de ninguna otra prueba que le hubiese llevado a un diagnóstico correcto; actitud que se mantuvo a raíz de la consulta de 17 de noviembre de 1994 en que recetó a la paciente “Augmentine” y “Voltaren”, no obstante lo cual en 30 del mismo mes hace entrega a la paciente de un informe con fecha antedatada al día 17 en el que diagnóstica, si haber realizado ninguna otra prueba que las ya dichas, “adenopatías axila derecha (antes señala que son de 3,5 cm. de diámetro) y mama de alta densidad”, recomendando “biopsia axilar debido al tamaño de los ganglios de axila derecha” y como indicaciones establece “preoperatorio de intervención quirúrgica”. Ante la irregularidad de las microcalcificaciones detectadas en la primera mamografía realizada y la existencia de adenopatías en la axila derecha, el ginecólogo demandado debió de llevar un control más inmediato de la evolución del bulto axilar reiterando las pruebas citológicas o practicar la exéresis recomendada por la radiólogo, pues como señala el citado perito en su informe “la biopsia axilar no tiene porque relacionarse con un informe mamográfico (la mamografía no se utiliza para estudiar la axila), debe realizarse ante la sospecha clínica de un proceso maligno por persistencia de la adenopatía, cambio de textura o crecimiento de la misma sin causa que lo justifique” y si bien el grado de sospecha de la existencia de enfermedad maligna subyacente ante la apreciación de microcalcificaciones irregulares, debe ser el radiólogo quien lo especifique, es evidente que en este caso existía tal sospecha en la Dra.B.B. cuando, desde su primer informe, recomienda control y/o exéresis. Por tanto, en el caso, una conducta adecuada a la “lex artis ad hoc” exigía la realización de todas las pruebas necesarias para emitir un diagnóstico que hubiese descartado sin duda la existencia de un carcinoma o, detectado éste, lo hubiera sido en un estadio precoz que hubiera permitido un tratamiento que llevase a la curación de la enferma o a un periodo mayor de supervivencia. En conclusión ha de calificarse la conducta del demanda-**

do de negligente y determinante de que no se dispense a la enferma un tratamiento de su dolencia en un estadio más precoz de su evolución de aquél en que lo fue.

Por todo ello procede la estimación del motivo y con ella la casación y anulación de la sentencia recurrida, sin necesidad de entrar en el examen del segundo motivo que, por otra parte, y al referirse a la indemnización pedida en la demanda, es cuestión que esta Sala ha de tratar al asumir la instancia por estimación del recurso y no como Sala de casación.

TERCERO: La indemnización solicitada en la demanda se desglosa en una partida ascendente a 18.015.441 pesetas (108.274,98 euros), importe de los gastos médicos satisfechos a la Clínica Universitaria de Navarra, y en otra partida de 25.000.000 de pesetas (150.253,02 euros) como indemnización de daños morales que, a su vez, se desglosa en 10.000.000 de pesetas (60.101,21 euros) correspondientes al esposo, igual cantidad para el hijo menor de la fallecida y 5.000.000 de pesetas (30.050,60 euros) para su tutelado.

En cuanto a la primera partida, **gastos médicos**, es evidente que, detectada la existencia del carcinoma que padecía doña Encarna y cualquiera que hubiese sido el momento de esa comprobación, la paciente habría tenido que ser sometida a una intervención quirúrgica y posterior tratamiento adecuado al grado de su padecimiento, con los consiguientes gastos, sin que resulte probado en autos que ese tratamiento hubiera sido menos costoso que el que hubo de seguirse, así como tampoco está probado que la paciente tuviese algún tipo de seguro, público o privado, que le hubiese permitido someterse a un tratamiento de forma gratuita. **No procede, por tanto y como declaró la sentencia de primera instancia, condenar al demandado al pago de tales gastos médicos.**

En cuanto a la segunda partida de la indemnización pedida, **se solicita como indemnización por el daño moral por la pérdida de la esposa, madre y tutora, respectivamente de los demandantes así como la pérdida económica de ésta que se dice trabajaba junto con su esposo en el restaurante que ambos regentaban en Santo Domingo de la Calzada.** Al respecto esta Sala comparte las razones expuestas por el Juzgador de primera instancia en orden a fijar la indemnización procedente, **aclarando que, fallecido el esposo demandante durante la tramitación de este recurso, la indemnización fijada a su favor habrá de satisfacerse**

a su hijo y heredero, además de la para éste establecida.

CUARTO: En cuanto a las **costas de la primera instancia no procede hacer expresa condena** a ninguna de las partes, a tenor del art. 523.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Procede imponer al demandado apelante las costas causadas por su recurso de apelación que debió de ser desestimado, de acuerdo con el art. 710.2 de dicha Ley Procesal. Y de acuerdo con el art. 1715.2 del mismo texto legal no ha lugar a hacer expresa condena en las costas de este recurso de casación.

Por lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español

FALLAMOS

Que debemos declarar y declaramos **haber lugar al recurso de casación** interpuesto por don P., sustituido por su hijo R., por éste y por S. **contra la sentencia de fecha dos de junio de mil novecientos noventa y ocho dictada por la Audiencia Provincial de Logroño, que casamos y anulamos.**

Y debemos confirmar y confirmamos íntegramente la sentencia de fecha veinticinco de febrero de mil novecientos noventa y siete dictada por el Juzgado de Primera Instancia número Siete de Logroño, aclarando que la indemnización establecida a favor de don P. deberá ser satisfecha a su hijo R.. Condenamos al demandado apelante al pago de las costas causadas por su recurso de apelación. No ha lugar a hacer expresa condena en las costas de este recurso de casación.

Cfr.:

- CÓDIGO CIVIL: artículos 1101, 1104 y 1902.
- LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL: art. 1692.4.

Sentencias:

- TRIBUNAL SUPREMO: sentencias del 11 de marzo de 1996 y 16 de febrero de 1995, 26 de marzo de 2004, 26 de mayo de 1986, 12 de julio de 1988, 17 de junio de 1989 y 7 y 12 de febrero de 1990, 7 de julio de 1987, 12 de julio de 1988 y 7 de febrero de 1999, 7 de junio de 1988, 22 de junio de 1988, sentencias de 7 de febrero de 1973, 28 de diciembre de 1979, 28 de marzo de 1983 y 12 de febrero de 1990, 7 de febrero de 1973, 28 de diciembre de 1979, 28 de marzo de 1983 y 12 de febrero de 1990, 25 de abril de 1994.
-

Condena penal a MIR por alta prematura sin consultar con especialista

Sentencia facilitada por el abogado Alfonso Iglesias. Bufete Alfonso Iglesias y Asociados.

Un médico interno residente ha sido condenado como autor criminalmente responsable de una **falta de imprudencia leve por el fallecimiento de un paciente** en un servicio de urgencias a indemnizar con 70.000 € a un familiar y a las penas de multa de dos meses con una cuota diaria de 30 euros.

La Audiencia Provincial de La Coruña ha declarado también la **responsabilidad civil subsidiaria del Servicio Gallego de Salud**, conforme a lo establecido en el artículo 121 del Código Penal. Califica asimismo la conducta del MIR de **infracción del deber de cuidado por no efectuar todas las pruebas pertinentes para detectar la meningitis, por tramitar un alta de forma prematura, y por no consultar con el especialista**.

Los hechos relatan cómo el facultativo en formación dio el alta "sin contar con la supervisión del especialista de guardia", lo que no es acorde con la *lex artis* según el tribunal, que también censura el hecho de que el hospital recomiende pero no obligue a utilizar otros medios de contraste distintos de los utilizados.

La sentencia condena que un joven de 19 años fuera atendido en un servicio urgencias técnicamente adecuado y sofisticado calificando su estado como leve, cuando apenas una hora después del alta se produce un reingreso en el que se comprueba la **meningitis meningocócica grupo C**, sin que los esfuerzos aplicados posteriormente evitarán el fallecimiento.

El diagnóstico del facultativo en el primer ingreso fue de viriasis, "no rigidez de nuca" y "no meníngeos"; **no se realizó punción lumbar** en esa primera visita, y **tampoco se hizo un análisis de fondo de ojo**, que son los medios usuales para contrastar la existencia de esta afección.

La prescripción terapéutica del médico fue un anti-térmico al no encontrar síntomas compatibles con meningitis, a pesar del mal estado del paciente que empeoró estando en Urgencias con somnolencia, debilidad y vómitos, según declaraciones de testigos que han sido aceptadas por el tribunal.

RESPONSABILIDAD DE MIR DE PRIMER AÑO EN URGENCIAS POR ALTA PREMATURA Y NO CONSULTAR CON EL ESPECIALISTA / Responsabilidad subsidiaria del Servicio Gallego de Salud / Falta de imprudencia leve por infracción del deber de cuidado / HECHOS: paciente de 19 años que ingresa en Urgencias con mal estado general que es remitido a domicilio con el diagnóstico de viriasis y prescripción de anti-térmico que vuelve al Servicio hospitalario una hora después en estado de gravedad / Segundo diagnóstico que detecta meningitis meningocócica Grupo C, que no logra evitar el fallecimiento a pesar de los esfuerzos realizados / Censura al hospital por recomendar y no obligar a utilizar todos los medios de contraste necesarios para un diagnóstico correcto / Primer ingreso en el que no se realiza punción lumbar ni fondo de ojo / **INDEMNIZACIÓN** (por daños morales, al padre del paciente fallecido): **70.000 euros**.

*Audiencia Provincial de La Coruña.
Sentencia del 28 de septiembre del 2004.
Recursos 994/04.
Ponente: Pía Iglesias, Juan Luis.*

Otras sentencias de interés en ADS:

- ADS n° 110 / noviembre 2004, pág. 825.
Análisis de los aspectos legales del ejercicio profesional del médico residente. M. MENÉNDEZ, presidente de AEMIR.
- ADS n° 106 / junio 2004, pág. 477. PENAL.
Absolución de MIR por estar bajo supervisión de especialista. Condena a especialista y ATS.
- ADS n° 67 / diciembre 2000, página 776.
Absolución de MIR de primer año, y enfermeras. Condena a hospital por suicidio.
- ADS n° 59 / marzo 2000, pág. 193.
Dictamen jurídico del Insalud: el MIR puede firmar altas en urgencias. JAVIER SÁNCHEZ CARO. Sctor. Gral. Insalud.
- ADS n° 58 / feb. 2000, pág. 151.
Negligencia de médico adjunto, MIR y el Servasa por alta prematura no aconsejable.
- ADS n° 34 / diciembre 1997, págs. 681 y ss..
Condena por alta injustificada y no agotar exploraciones / peritonitis.
- ADS n° 30/1997, págs. 399 y ss.
Condena por alta prematura / colecistitis.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: No se acepta la fundamentación de la sentencia recurrida, salvo en cuanto no contradiga la de esta resolución.

SEGUNDO: Algunas de las matizaciones introducidas en el relato de hechos probados se explican por sí mismas y por la necesidad de precisar algunos datos que son de gran importancia en cuanto la valoración jurídica de los hechos, como la edad del acusado o la situación del hospital en el que ocurrieron los hechos.

Otras de esas modificaciones obedecen a la necesidad de incluir datos que la sentencia recurrida reconoce como probados en su fundamentación, pero que no parecieron relevantes para ser incluidos en el relato formal de hechos probados, cuando es así que el Tribunal considera que su importancia es muy notable, como ocurre con las **recomendaciones últimas dadas por el acusado tras el alta inicial de M.M. o las señales evidentes de malestar y deterioro físico averdadas testificalmente y que la sentencia recurrida reconoce igualmente como ciertas en su fundamentación jurídica.**

Otros matices en fin tratan de relatar lo ocurrido de una forma neutra, de modo que no se acepta que el empeoramiento del estado de M.M. cuando regresó a su domicilio tras ser dado de alta, fuese un **empeoramiento brusco, sino más bien previsible y progresivo en relación con el empeoramiento observado en su inmediata estancia hospitalaria.**

Por último se establece que el **fallecimiento de M.M.** fue consecuencia de los hechos relatados como probados, pues si la causa inmediata fue la enfermedad que sufrió, **la inadecuación de algún aspecto de su asistencia propició y determinó el referido fallecimiento.**

Todas estas matizaciones no implican alterar en absoluto los hechos probados en cuanto que los mismos dependan de la valoración de los testimonios oídos, incluida la versión del acusado, que ha sido efectuada en la sentencia recurrida, de modo que en ningún caso se valoran esos testimonios en perjuicio del acusado y contra lo apreciado en la resolución recurrida, sino que la discrepancia es de mera valoración jurídica, esto es, aceptando en lo esencial que los hechos ocurrieron tal y como se relatan en la tan referida sentencia recurrida, lo que no se comparte es la valoración jurídica de esos hechos.

En consecuencia es inaplicable la doctrina del Tribunal

Constitucional que impide valorar en perjuicio del reo el resultado de una prueba testifical, pues ha de aceptarse, cual se hace ahora, la valoración del Juzgado "a quo", dado que la inmediatez se configura en nuestro derecho como un presupuesto básico para valorar esas pruebas, cuya valoración queda sustraída al Tribunal de apelación en cuanto pueda perjudicar al reo, pero si se acepta la valoración de la prueba, nada impide valorar el resultado de la prueba así concretado en la sentencia recurrida, de forma diferente a como se ha hecho, pues el Tribunal se limita así a valorar la aplicación del derecho efectuada y a analizar la adecuación de esa operación jurídica.

TERCERO: El debate en este recurso se centra en decidir si la atención dispensada a M.M. en el servicio de Urgencias del Hospital "Juan Canalejo" de La Coruña fue adecuada o si por el contrario la misma fue deficiente y causó el posterior fallecimiento del paciente.

Una aproximación superficial a los hechos indica que el tiempo transcurrido entre la asistencia inicialmente prestada en el Servicio de Urgencias y el reingreso en estado grave que no permitió que pudiese salvarse la vida del paciente es muy corta y así si se atiende a las precisiones de la documentación aportada a los autos **el alta tras la primera asistencia ocurrió a las 19,16 horas (folio 14) y el nuevo ingreso se produjo a las 20,19 horas del mismo día 4 de Enero de 1997 (folio 16),** de modo que aunque la precisión horaria pueda depender de circunstancias de la documentación que de tales extremos se hace en los hospitales, consistentes en una cierta precariedad del sistema, lógicamente estructurado en procurar la efectiva asistencia de los pacientes antes que documentar rigurosamente extremos como el que se analiza, lo cierto es que esas precisiones horarias aun siendo aproximadas suponen una **proximidad horaria entre alta y reingreso, cuanto menos llamativa.**

Así parece poco probable que, en circunstancias normales un joven de 19 años sea atendido en un servicio de urgencia técnicamente adecuado (y aún sofisticado) y que su estado se considere como afectado muy levemente, cuando apenas una hora después del alta (y no seis horas después como se especifica en el informe del servicio de medicina intensiva obrante al folio 17) se produce un reingreso en el que se comprueba que sufría MENINGITIS MENINGOCOCICA GRUPO C, sin que, pese a los esfuerzos realizados pudiese evitarse su posterior fallecimiento el día 7 de Enero de 1997 a las 11 horas.

Precisamente esta llamativa sucesión de hechos en que el empeoramiento del paciente progresó a una velocidad inusitada **permite discutir si la primera asistencia fue correcta**

y para ello han de analizarse los extremos debatidos al efecto, de acuerdo con los siguientes extremos:

a) Entre los antecedentes facilitados por el paciente con ocasión de la **primera asistencia** sólo cabe destacar que desde hacía días pudo apreciarse un **cuadro compatible con síndrome gripal**, como informa el **servicio de medicina intensiva** (folio 17), aunque en el **informe de urgencias** se hace constar que **el paciente se encontraba “previamente bien”** (folio 15), discrepancia aceptable y que se refiere sólo a informaciones del propio paciente o de sus allegados que apenas parecen tener incidencia en lo ocurrido, aunque **no parece muy normal que se acuda a urgencias por un simple proceso gripal**, salvo que los síntomas sean alarmantes o especialmente susceptibles de causar ansiedad o provocar consideraciones de cierta gravedad en cuanto al estado, según observación propia de los allegados, de modo que si es posible que se acuda a un servicio de urgencias el primer día en que se observan esos síntomas, también es verdad que, salvo que sean muy espectaculares o insoportables tales síntomas, si son compatibles con un proceso gripal común, un joven de 19 años suele soportarlos en su domicilio con una asistencia/medicación usual o convencional, de modo que **el simple hecho de acudir a un servicio de urgencias ha de valorarse como una necesidad que supone una afectación del estado de salud subjetivamente sentida como grave**, dicho sea sin desconocer que existe en ocasiones una utilización abusiva y/o injustificada de los servicios de urgencia hospitalaria, todo lo cual se resume en precisar que **tal vez el acusado no tuvo una información muy precisa del estado del paciente los días anteriores**, pero tuvo toda la información subjetiva que el paciente pudo facilitar respecto a su decisión de acudir al servicio de urgencias y **parece raro que no se hubiese facilitado el dato de ese proceso gripal que llegó a conocer el servicio de medicina intensiva**.

b) Todas las referencias testificales y periciales coinciden en destacar que no había en la época en que ocurrieron los hechos una epidemia de meningitis en Galicia, pero también coincidieron en que existía cierta alarma social sobre el particular, lo cual sin incidir de forma importante en la valoración de lo ocurrido, al menos refuerza la idea de que **existe la necesidad de descartar la posible existencia de una meningitis cuando los síntomas apreciados pueden ser compatibles con ella**, cual parece que hizo el acusado al referirse en el informe de urgencias entre otros datos **“no rigidez de nuca”** y **“no meníngeos”**

c) De lo anterior se infiere que existió la percepción de que **podía sufrir el paciente una meningitis pero se descartó tras el examen médico y ciertas comprobaciones técnicas, entre las cuales no se incluyeron la realización de una**

punción lumbar y un análisis de fondo de ojo, que son los medios usuales para contrastar la existencia de una meningitis, a los cuales debe acudir cuando exista una posibilidad de que se padezca tal enfermedad, **cual no fue valorado como necesario por el acusado**, corroborando en lo esencial ese criterio los informes periciales, que incluso llegan a precisar que el resultado de tales comprobaciones es de dudosa eficacia pues puede ocurrir que no revelen la existencia de la afectación y que la meningitis se desarrolle con posterioridad en unos términos muy rápidos, siquiera el servicio de información toxicológica del Instituto Nacional de Toxicología (en lo sucesivo INT), precise que en las circunstancias deducidas de la primera atención al paciente en el Servicio de urgencias era aconsejable el examen por un médico especialista, hasta el punto de que **“en un medio hospitalario como Juan Canalejo no es admisible, ni acorde con la Lex Artis que un médico general en formación tipo MIR (cual era el caso del acusado), dé un alta terapéutica con los síntomas ya mencionados (los objetivados por el indicado facultativo) sin contar con la supervisión del especialista de presencia física”** (folio 155) y **se informe también que la posibilidad de utilizar otros medios de contraste era aconsejable aunque no obligada**.

d) Así pues, existían síntomas compatibles con meningitis, alarma social relacionada con esa enfermedad, posibilidad de medios de contraste muy fiable y necesidad de contar con la supervisión de un médico especialista y nada de eso llevó a prolongar la asistencia o a obrar en consecuencia, pues si es verdad que según informó la Sra. Médico forense **“no existe constancia escrita de respuesta al tratamiento anti-térmico aplicado (debido al inicial diagnóstico de viriasis), NI DESCRIPCION AL ALTA DE SU ESTADO GENERAL”**, también es verdad según se reconoce en la sentencia recurrida que **el estado del paciente empeoró estando en el servicio con somnolencia, debilidad y vómitos, declarados por testigos, alarmados, pese a ser profanos, por el estado visible de un joven que sufría una afectación muy relevante**, cuestiones que no se constatan por los responsables del servicio, quienes eluden toda responsabilidad, afirmando que nada vieron que sea compatible con esa descripción y que **NADIE DIÓ AVISO** de que estaba ocurriendo eso, pero si no cabe dudar de que tal era la situación, parece evidente que **la conclusión de la Sra. Médico forense es impecable en el sentido de que si se constase “un agravamiento de la sintomatología inicial (cual era el caso) habría que modificar la actitud HACIA UN INGRESO PARA UNA OBSERVACIÓN MÁS PROLONGADA”** (folio 400), lo cual no se hizo.

e) Lo anterior permite examinar los informes técnicos que favorecen al acusado al referirse a la hipótesis de que

la meningitis se hubiese desarrollado en forma sobreaguda y fulminante, la cual no está acreditada, pues no cabe olvidar que pese a lo inusual de las circunstancias concurrentes, la representante legal del Servicio Galego de Saúde (en adelante SERGAS) aseguró al folio 98 de las actuaciones que **no se realizó ninguna investigación interna** y que tal vez por esa actitud, francamente elusiva, no puede contarse ahora con datos más precisos como los que pudiera facilitar una necropsia, que, en casos como este, debiera ser simplemente una obligación ordinaria, pero, en resumen, cabe decir que esa posibilidad de desarrollo fulminante de la enfermedad no puede aceptarse “más allá de las 24 horas” según precisaron en juicio los técnicos del INT (folio 519 vuelto), de manera que aún cuando así fuera y precisamente porque esa posibilidad hace especialmente temible el, padecimiento, lo obligado es extremar las precauciones en la asistencia y apurar hasta la exquisitez los criterios suministrados por la *Lex Artis*.

En conclusión, el estado del paciente, su evolución en el servicio de urgencias hacia un empeoramiento notable, la alarma social relativa a la meningitis, las sospechas del propio acusado (evidenciadas en su informe y en las recomendaciones específicas formuladas verbalmente en el momento del alta) y el contexto de lo ocurrido permiten advertir que **no se agotaron todos los medios posibles** para evitar que una enfermedad de consecuencias tan graves como la meningitis acabase con la vida de un paciente.

No es aceptable que se califique de exquisita una asistencia que incluso dentro del tono relativamente favorable al acusado de los informes técnicos, no deja de destacar carencias o necesidades que en ningún caso han sido satisfechas en este caso.

No obstante es cierto que, tal y como se dice en la sentencia recurrida, **la atención fue pronta e inicialmente adecuada, que el diagnóstico aunque erróneo, pudo estar propiciado por cierta inespecificidad de los síntomas apreciados**, que las pruebas no realizadas pudieran haber sido inútiles y que las indicaciones verbales dadas al alta sólo pueden favorecer la prudencia del facultativo, de modo que **la valoración según la cual no hubo una imprudencia profesional grave parece lógica y aceptable** en base a los siguientes motivos:

a) **El contexto de la atención al paciente fue relativamente equívoco** y es posible que algunos datos no fuesen conocidos al alta por el acusado.

b) **La estructura funcional del servicio de urgencias, no parece responder a la necesaria exquisitez de la asistencia**

que ha de prestarse, tanto desde el punto de vista de la documentación de lo que allí ocurre, de las responsabilidades encomendadas a los facultativos y personal en general, así como con relación a los medios empleados en la prestación del servicio.

c) **Los criterios que suministra la “Lex Artis” son incompletos y relativamente confusos**, como se deduce de las matizaciones (a veces poco sutiles) de los diversos informes técnicos.

d) El criterio general de **asistencia en casos dudosos** que oscilan entre la práctica de una medicina llamada “defensiva” que en no pocos casos ofende a la inteligencia o la de asumir decisiones necesariamente equívocas.

En semejantes circunstancias la negligencia que se deduce de la falta de seguimiento fiable de la evolución de un paciente, de la omisión de consultar con especialista y de la constatación de sospechas de una grave enfermedad que no fueron contrastadas debidamente, no puede estimarse grave sino simplemente leve.

En principio la dicción legal del tipo que incrimina la **imprudencia leve con resultado de muerte no excluye la imprudencia profesional**, de forma que sólo cuando esa imprudencia profesional sea grave será de aplicación el tipo que la considera delito, esto es el imputado por la parte apelante y, en principio, por el propio Ministerio Fiscal, aunque dicho Ministerio se haya aquietado ante la sentencia recurrida.

Cuestión más dudosa es el establecimiento del nexo causal entre esa leve negligencia y el fallecimiento del paciente, pues se suscitan todas las dificultades que existen para vincular causalmente una omisión con un resultado, lo cual obliga a ficciones legales y a un desarrollo legislativo específico de criterios doctrinales derivados de la denominada posición de garante.

En principio, debe descartarse la existencia de nexo causal cuando el resultado hubiera sido idéntico cualquiera que fuese la conducta del acusado, cual no es el caso porque la instauración pronta de tratamiento es básica y decisiva en el tratamiento de estas enfermedades y **no está acreditado que se tratase de un proceso fulminante, aunque su rapidez haya sido estremecedora.**

Tampoco puede apreciarse nexo causal cuando exista alguna interferencia entre el comportamiento negligente y el resultado, cual tampoco ocurre, como se infiere de la propia secuencia de los hechos y el **escaso tiempo transcurrido**

entre un alta precipitada y negligente y el reingreso del paciente en condiciones sumamente deterioradas.

Tampoco podría apreciarse nexo causal si existiese alguna posibilidad real de que se hubiese podido evitar el resultado pese a la negligencia apreciada, cual por las mismas razones ya apuntadas tampoco es el caso.

En realidad la imputación del resultado de muerte a la leve negligencia apreciada, puede deducirse de las teorías de incremento del riesgo, del ámbito de protección de la norma y de la evitabilidad, sobre todo si se considera que puede defenderse la existencia de ese nexo causal en el sentido de que “es suficiente con que la acción ajustada al deber de cuidado hubiera impedido posiblemente la producción del resultado”.

Pero esa mera posibilidad no deja de suscitar dudas sobre una conexión causal que sería tan sólo eventual.

Parece preferible considerar la **infracción del deber de cuidado** como, cuanto menos, una concausa relevante del resultado producido, pues nadie puede asegurar ni que se tratase de un proceso fulminante, ni que la instauración pronta de la medicación oportuna no hubiese evitado el fallecimiento, de forma que la mera posibilidad, no demostrada y no deducible como probabilidad, de que todo esfuerzo hubiera sido inútil no destruye la relevancia jurídica del nexo de causalidad analizado, sobre todo si se analiza desde la perspectiva meramente normativa del ámbito de protección de la Ley aplicable y de la necesidad de considerar reprochables aquellas conductas que además de ser negligentes provocan un resultado tan grave que la Ley prevé su sanción penal.

CUARTO: Existe, claro, la posibilidad de degradación a falta de la conducta realizada por el acusado, sin infracción del principio acusatorio, dada la homogeneidad obvia de los tipos imputados y de las calificaciones, sin que se rebase naturalmente el límite de la pena más grave de las solicitadas.

Los hechos reseñados como probados en esta sentencia son constitutivos de una **falta de imprudencia leve con resultado de muerte prevista y penada en el art. 621.2 del Código Penal**.

QUINTO: De la referida falta es responsable en concepto de autor J.J.

SEXTO: En orden a la **responsabilidad civil** ha de aplicarse el **baremo vigente para** la responsabilidad en caso de hechos de la **circulación de vehículos como criterio orientativo**, por tratarse de una **fijación pseudo objetiva** de esta

clase de responsabilidades y por haberse llegado a utilizar en la práctica como una **referencia sino fiable, por lo menos segura**.

No obstante, en este caso, la **juventud del fallecido, la inusitada rapidez del desenlace y la percepción inevitable de que pudiera haberse evitado obligan a fijar una suma no exactamente coincidente con el baremo, por la especial intensidad del daño moral que se ocasiona tras confiar en un costoso sistema de asistencia pública, que debe impedir que puedan suceder hechos como los enjuiciados, razón por la que ha de fijarse la indemnización en la suma de 70.000 euros. Debe considerarse además que la suma indemnizatoria fijada corresponde tan solo a uno de los posibles perjudicados, el padre del fallecido, que es el único que ha ejercitado la acción civil y recurrido la sentencia pronunciada, lo cual no impedirá en su caso las posibles reclamaciones de otros perjudicados**. Nadie ha discutido la **responsabilidad civil subsidiaria** imputada, que por lo demás se deduce de lo establecido en el **art. 121 del Código Penal**, sin perjuicio de otras posibles responsabilidades de esa índole que no se han debatido en este procedimiento, inusualmente alargado sólo por discrepancias en la instrucción realmente muy poco explicables.

SÉPTIMO: Al estimarse el recurso procede declarar de oficio las costas causadas en su tramitación, si bien deben imponerse las causadas en un juicio de faltas, si las hubiere, al acusado por imperativo legal al establecerlo así el art. 123 del Código Penal.

FALLAMOS

Que estimando el recurso de apelación interpuesto por la Procuradora D^a. Nuria Román Masedo, en nombre y representación de don M.M., contra la sentencia de fecha 27 de mayo de 2004, dictada por el Ilmo. Sr. Magistrado-Juez del Juzgado de lo Penal nº. 2 de A Coruña, **debemos revocar y revocamos dicha sentencia** y, en consecuencia, manteniendo la absolución pronunciada en relación con el delito imputado, **debemos condenar y condenamos a J.J. como autor criminalmente responsable de una falta de imprudencia leve causante de muerte de una persona a las penas de multa de dos meses con cuota diaria de 30 euros y a que indemnice a L.L. en la suma de 70.000 euros, de la cual responderá subsidiariamente el SERGAS, así como al pago de costas causadas en juicio de faltas si las hubiere**.

 Cfr.:

- CÓDIGO PENAL: artículo 621.2.
- CÓDIGO PENAL: artículo 121.

El Supremo exige especial cuidado en la formulación del consentimiento

El Tribunal Supremo revoca la sentencia de instancia y estima el recurso de casación para la unificación de doctrina planteado por la representación de la actora que sufre una minusvalía de un 15% por el incorrecto tratamiento recibido como consecuencia de la reducción de una fractura de Colles, y condena al Ministerio de Sanidad y Consumo, como responsable de las secuelas, a indemnizarla con 35.349,42 euros por no haber sido probada la existencia de consentimiento informado previo a la intervención.

El Alto Tribunal considera que recae en la Administración la carga de probar que efectivamente el **consentimiento** fue prestado tras recibir suficiente información previa, **exigiéndose que conste de forma documental, y con mayor motivo en las intervenciones con alto índice de fracaso, como en la de autos.**

Añade el Supremo que en el ámbito de la sanidad se pone cada vez con mayor énfasis de manifiesto la **importancia de los formularios específicos**, puesto que sólo mediante un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, **seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla su finalidad.** Y explica que el consentimiento está estrechamente relacionado con el derecho de autodeterminación del paciente, característico de una etapa avanzada de la configuración de sus relaciones con el médico sobre nuevos paradigmas.

Las secuelas provocadas por la intervención fueron cicatrices lineales de origen quirúrgico en las caras anterior y posterior del antebrazo izquierdo y en la región ilíaca, limitación de 15 grados en la supinación y de 10 grados en la pronación del antebrazo izquierdo y ligera inclinación cubital de la muñeca.

Otras sentencias de interés en ADS:

- ADS n° 109 / Octubre 2004, pág. 743. Condena a traumatólogo, otorrinolaringólogo, neumólogo (falta de control de riesgos de intubación endotraqueal).
 - ADS n° 95 / Junio 2003, pág. 494. El consentimiento no exime al Estado de indemnizar si se produce un daño (daños en traumatología, trombosis venosa).
-

CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI): obligatoriedad de su existencia por escrito/
INFORMACIÓN AL PACIENTE: completa, continuada, verbal y escrita sobre el proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento / **CARGA DE LA PRUEBA:** corresponde al servicio sanitario probar la constancia documental del CI / **HECHOS:** intervención para reducir fractura de Colles. **SECUELAS:** deformidad, limitación de 15 grados en la supinación y de 10 grados en la pronación, y ligera inclinación cubital de la muñeca / *Artículo 10 de la Ley General Sanitaria; Ley 41/2002* / **DOCTRINA DEL SUPREMO:** sentencia del 4 de abril de 2000 / **INDEMNIZACIÓN:** 35.349,42 euros.

Tribunal Supremo.

Sentencia del 18 de enero de 2005.

Recurso: 166/2004, contra sentencia de Audiencia Nacional, 08.10.2003.

Ponente: Robles Fernández, Margarita.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO: Por la representación de A se interpone recurso de casación para unificación de doctrina contra Sentencia de 8 de Octubre de 2.003, dictada por la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional (Rec. Contencioso Administrativo 927/01) en la que se desestimó el recurso contencioso administrativo interpuesto por aquella contra desestimación por silencio de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada ante el Instituto Nacional de la Salud por importe de 35.349,42 euros más intereses legales por daños que la Sra. Anega imputaba a la defectuosa asistencia sanitaria que fue objeto en el Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas.

La Sentencia de instancia desestima el recurso contencioso administrativo al entender que no habría queda-

do acreditada que las secuelas con que resultó la actora pudieran ser imputadas a la Administración sanitaria, señalando que el tratamiento aplicado fue el habitual y adecuado a la **lesión ósea** que presentaba, no apreciando errores ni negligencia en la asistencia médica recibida. En cuanto al **consentimiento informado** el Tribunal “*a quo*” dice: “**Aunque no obra en el expediente consentimiento informado por escrito del acto quirúrgico de reducción de la fractura, es lo cierto que la reclamante no hizo constar esta circunstancia al efectuar la reclamación administrativa previa, ni al formular la denuncia que motivó la incoación del procedimiento penal, por lo que no puede darse por acreditado que la intervención se practicara sin su consentimiento y sin haber recibido información de clase alguna sobre su naturaleza y alcance**”.

La recurrente alega como **Sentencia de contraste la dictada por el Tribunal Supremo el 4 de Abril de 2.000** en el recurso de casación 8065/95 y entiende que existe identidad con la Sentencia impugnada al tratarse en aquella de una acción de responsabilidad patrimonial, por mala praxis médica en la que **según la recurrente también se habría obviado el consentimiento informado. En la Sentencia de contraste se recoge que la ausencia del consentimiento es una omisión de la “*lex artis ad hoc*” que determinaría la responsabilidad de la Administración y considera la actora que la Sentencia de instancia incurre en grave error al transmitirle toda la carga de la prueba respecto a la existencia de consentimiento informado.**

SEGUNDO: El *art.96 de la ley jurisdiccional dispone en su apartado 1)* que el recurso de casación para la unificación de doctrina se da exclusivamente cuando existen pronunciamientos distintos entre las sentencias de contraste y la recurrida respecto a los mismos litigantes u otros diferentes en idéntica situación, y en mérito a hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales.

La esencia del Recurso de Casación para la Unificación de doctrina regulado en los artículos 96 y siguientes de la ley jurisdiccional, exige que la sentencia recurrida sienta una doctrina que entre en contradicción con la establecida en las sentencias de contraste. El propio “*nomen iuris*” del recurso así lo impone y de su finalidad también se deriva, ya que de lo que se trata es de evitar que prospere una interpretación jurídica contraria a la que se ha consolidado en anteriores sentencias dictadas en idénticas situaciones, en mérito a hechos, fun-

damentos de derecho y pretensiones sustancialmente iguales. Para ello es preciso que el Tribunal “*a quo*” declare expresamente la doctrina, cuya errónea aplicación se trata de corregir a través de este recurso y **por tanto es esencial que se justifiquen no sólo las identidades entre la Sentencia impugnada y las sentencias que se citan de contraste, sino también que se exponga la infracción legal que se imputa a la sentencia recurrida, como fundamento de la pretensión impugnatoria.**

La *Sentencia de esta Sala de 4 de Abril de 2.000*, citada por la recurrente como Sentencia de contraste señala: “Debemos partir de las afirmaciones fácticas de la sentencia, en la cual se declara, en el terreno de la valoración probatoria que no puede ser combatida en casación, que los representantes legales del interesado aceptaron la propuesta de intervención. Sin embargo se precisa que **no se ha demostrado que no se hubiese informado por los médicos a quienes debían decidir en el caso acerca del riesgo mínimo que se corría con la intervención.**

Tal como mantiene la representación procesal de la parte recurrente, **la falta de demostración de este último extremo equivale a tener por probado el incumplimiento de este deber, en virtud del principio de la carga de la prueba.** Para sentar esta conclusión debemos partir de lo que dispone la *Ley General de Sanidad. Su artículo 10* expresa que **toda persona tiene con respecto a las distintas Administraciones públicas sanitarias, entre otros aspectos, derecho “a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”(apartado 5); “a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención”, (apartado 6) excepto, entre otros casos que ahora no interesan, “cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas” [letra b)]; y, finalmente, “a que quede constancia por escrito de todo su proceso”(apartado 11).**

Se da así realidad legislativa al llamado “**consentimiento informado**”, **estrechamente relacionado, según la doctrina, con el derecho de autodeterminación del paciente** característico de una etapa avanzada de la configuración de sus relaciones con el médico sobre nuevos paradigmas y que en la fecha en que se

produce la intervención quirúrgica que da lugar a este proceso constituye una institución recientísima en el plano de nuestra legislación.

La *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal* pone de manifiesto el carácter consustancial que el elemento de la información tiene con la prestación de consentimiento en relación con la disposición de los datos personales, pues en el *artículo 3.h)* define el **consentimiento del interesado como «toda manifestación de voluntad, libre, inequívoca, específica e informada, mediante la que el interesado consienta el tratamiento de datos personales que le conciernen»** y en el *artículo 11.3* dispone que “Será nulo el consentimiento para la comunicación de los datos de carácter personal a un tercero, cuando la información que se facilite al interesado no le permita conocer la finalidad a que destinarán los datos cuya comunicación se autoriza o el tipo de actividad de aquel a quien se pretenden comunicar”.

Respecto del consentimiento informado en el ámbito de la sanidad se pone cada vez con mayor énfasis de manifiesto la importancia de los formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla su finalidad.

El contenido concreto de **la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.** No cabe, sin embargo, olvidar que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada —puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente— y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica —no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión—, sin excluir que **la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario.**

Por ello la regulación legal debe interpretarse en el sentido de que **no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito.** Sin embargo, al exigir que el consentimiento

to informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, la nueva normativa contenida en la *Ley General de Sanidad* tiene **virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba,** (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración). **La obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar la existencia de dicha información.** Es bien sabido que el principio general de la carga de la prueba sufre una **notable excepción** en los casos en que se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por la Administración. Por otra parte, **no es exigible a la parte recurrente la justificación de no haberse producido la información, dado el carácter negativo de este hecho, cuya prueba supondría para ella una grave dificultad.”**

De lo anterior resulta que **en el caso de autos el consentimiento antes transcrito no es suficiente para tener por cumplido el requisito establecido por la Ley General de la Sanidad antes citados y así lo viene a confirmar posteriormente la Ley 41/2002, en su artículo 10”.**

De lo hasta aquí transcrito resulta evidente que **la Sentencia impugnada al referirse al consentimiento informado en la manera que se ha expuesto incurre en contradicción** con lo resuelto en la Sentencia de contraste sobre la carga de la prueba del consentimiento informado, sin que pueda aceptarse la conclusión del Tribunal “*a quo*” de que aún cuando no exista constancia escrita ni de ningún género de que el consentimiento se hubiera efectivamente prestado, debe concluirse que sí lo fue, no resultando aceptables las deducciones que a tal efecto realiza la Sala de instancia pues **a la Administración hubiera incumbido acreditar que informó y solicitó el consentimiento de la paciente, y mas cuando debe realizarse en los casos de fracturas desplazadas una reducción que ha de practicarse siempre con anestesia y de las que resultan altos índices de fracaso en el tratamiento de dichas fracturas.** En definitiva pues, la doctrina de la Sala de instancia en relación a la acreditación de la existencia del consentimiento informado debe ser corregida, debiendo concluirse que **no se ha probado que la Sra. A hubiera prestado su consentimiento para la realización de la intervención quirúrgica que sufrió, por lo que el**

recurso de casación para unificación de doctrina debe ser estimado.

TERCERO: La actora en su recurso añade en su argumentación que **la falta de consentimiento informado por sí sola, supone por sí misma un daño moral grave**, distinto y ajeno al daño derivado de la intervención, que por tanto daría lugar a responsabilidad patrimonial de la Administración con independencia de los concretos resultados de la intervención quirúrgica, **tesis esta sostenida por la Sentencia de contraste de 4 de Abril de 2.000.**

La estimación, como se ha dicho del recurso de Casación para unificación de doctrina interpuesto, determina la necesidad de resolver lo que corresponda dentro de los términos en que aparece planteado el debate. Queda acreditado y así lo reconoce la propia Sentencia de instancia que recoge que: “La Sra.A acude el 9/01/1998 al Hospital Gutiérrez Ortega por traumatismo causal, apreciándose fractura de Colles desplazada y colocándose férula de escayola. Al día siguiente, bajo anestesia, radiación y monitorización se procede en quirófano a la reducción y aplicación de yeso con el diagnóstico prequirúrgico de fractura de Colles desplazada, durando la intervención cinco minutos.

El día 11 de enero acude al hospital por inflamación y dificultad para mover los dedos, y al día siguiente solicitó asistencia en urgencias por un cuadro similar.

El día 3 de marzo se retira el yeso. El día 20 de marzo, a la vista de las limitaciones funcionales residuales, es remitida a Rehabilitación, que ante la persistencia de limitaciones funcionales pese a los ejercicios de rehabilitación, solicita valoración por Unidad de Mano en centro especializado.

Acude al Hospital Virgen de la Torre el 1/04/1998 donde se diagnostica secuela de fractura de Colles, deformidad postraumática del radio con acortamiento e inclinación dorsal, lesión del TFCC, Pseudoartrosis cubital y anquilosos de la articulación radio-cubital distal. El 20/04/1998 se practica osteotomía correctora del radio con injerto dorsal de cresta ilíaca. Al 5/10/1998 presentaba consolidación completa del radio e incorporación del injerto flexión dorsal a 40 grados, flexión palmar a 25 grados y pronosupinación a 150 grados, con tenosinovitis de FPL, por lo que se le cita en 6 meses para valoración definitiva y posible reiterada del material de osteosíntesis caso de persistir tenosinovitis.

En informe de 15/02/1999 practicado por el Médico Forense de Valdepeñas, después de consignar que tras 56 días de inmovilización se comprobó la existencia de consolidación en posición viciosa con importante repercusión funcional, para paliar la cual se practicó osteotomía radial con posterior tratamiento rehabilitador, se recoge que a consecuencia de las lesiones descritas y de las complicaciones que en el curso evolutivo de aquellas parecieron la paciente ha precisado tratamiento médico, quirúrgico y rehabilitador, ha estado incapacitada para sus ocupaciones habituales durante 270 días y han quedado secuelas definitivas, que en conjunto suponen un perjuicio estético ligero y una limitación funcional del antebrazo izquierdo de intensidad leve, y que son: cicatrices lineales de origen quirúrgico en las caras anterior y posterior del antebrazo izquierdo y en la región ilíaca, limitación de 15 grados en la supinación y de 10 grados en la pronación del antebrazo izquierdo, y ligera inclinación cubital de la muñeca izquierda.

La limitación funcional que presenta en la mano izquierda supone un grado de discapacidad del 15 por 100, según dictamen técnico facultativo de 21/09/2000, emitido en expediente de minusvalía”.

CUARTO: De lo hasta aquí expuesto debe concluirse que en el caso de autos además de la ausencia de consentimiento informado, queda evidenciado que las secuelas con las que resultó la Sra.A trajeron su causa en la primera intervención quirúrgica practicada y en la ulterior inmovilización con yeso para la consolidación de la fractura que determinaron la consolidación viciosa. Es obvio, por tanto, que acreditada la causación del resultado lesivo y las secuelas expuestas derivadas de una intervención quirúrgica para cuya práctica no se solicitó el consentimiento de la actora, informándose de los riesgos que de ella pudieran derivarse, nos hallamos ante un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Debe, pues, fijarse la indemnización procedente para lo que habrá de tenerse en cuenta lo establecido por el artículo 141 de la Ley 30 de 1.992, de 26 de noviembre, en la redacción dada al mismo por la Ley 4 de 1.999, de 13 de enero, ya en vigor cuando se pronunció la

Sentencia que constituye el objeto del recurso, precepto que señala en el particular que nos interesa que “la indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado”.

Y que “la cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al índice de precios al consumo, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley General Presupuestaria”.

Pues bien atendiendo los días de lesiones que se han expuesto, sufridas por la recurrente, así como las secuelas definitivas también descritas, parece ponderado otorgar la cantidad de 35.349’42 euros en concepto de responsabilidad patrimonial, cantidad que se establece con referencia al día en que se formula reclamación en vía administrativa, y que habrá de actualizarse a la fecha de la sentencia de instancia, con arreglo al índice de precios al consumo, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y sobre esas sumas convenientemente actualizadas, y de acuerdo con ese mismo artículo y apartado, se abonarán los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley General Presupuestaria y en el artículo 106.2 y 3 de la ley de la jurisdicción.

QUINTO: La estimación del recurso de Casación para Unificación de Doctrina comporta que no proceda hacer especial pronunciamiento en cuanto a las costas causadas en la instancia y en la tramitación del presente recurso (art. 139 Ley Jurisdiccional).

FALLAMOS

Que debemos declarar y declaramos haber lugar al

recurso de Casación para unificación de doctrina interpuesta por la representación de A, contra la Sentencia de 8 de Octubre de 2.003 dictada por la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional en el Recurso Contencioso Administrativo 927/01 que casamos y anulamos.

En su virtud, estimamos el recurso contencioso administrativo interpuesto por la representación de A contra desestimación por silencio de la reclamación de responsabilidad patrimonial que anulamos por no ser conforme a derecho y declaramos la existencia de responsabilidad patrimonial y el derecho de A a ser indemnizada por dicha Administración en la suma de 35.349’42 euros, cantidad que se establece con referencia a la fecha de la reclamación en vía administrativa y que se actualizará a la fecha de la Sentencia de instancia con arreglo al índice de precios al consumo fijado por el Instituto Nacional de Estadística y sobre esas sumas actualizadas se abonarán los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley General Presupuestaria y en el Art. 106.2 y 3 de la ley de la jurisdicción.

En cuanto a las costas no se hace expresa imposición de las mismas a ninguna de las partes, ni en la instancia, ni en este recurso de Casación.

Cfr.:

- LEY GENERAL SANITARIA: artículo 10.
- LEY ORGÁNICA 15/1999 DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: artículos 3.h y 11.3.
- LEY DE RÉGIMEN JURÍDICO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN: artículo 141.
- LEY 29/1998 DE LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO ADMINISTRATIVA: artículos 106.2 y 3.

Sentencias:

- TRIBUNAL SUPREMO: sentencia de 4 de abril de 2000.
-

Los Servicios de Salud mantienen el mismo beneficio de justicia gratuita que el Insalud

CALIFICACIÓN DE SERVICIOS AUTÓNOMICOS DE SALUD COMO ENTIDADES GESTORAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL: reconocimiento del beneficio de justicia gratuita al *Instituto Madrileño de Salud* / **COSTAS:** Exención de su pago a las personas y entidades con beneficio de justicia gratuita / *Aplicación de artículos 2.b de la Ley 1/1996 de Asistencia Jurídica Gratuita; 233 de la Ley de Procedimiento Laboral; 1 y 2 del Real Decreto 1479/2001* / **DOCTRINA DEL TRIBUNAL SUPREMO:** sentencia de 10 de noviembre de 2004 / Procedimiento laboral para el reconocimiento de despido como nulo, y no improcedente, como había declarado la sentencia del Tribunal Superior de Madrid

*Tribunal Supremo.
Sentencia del 27 de diciembre del 2004.
Recurso: 394/2004, contra
sentencia de TSJ Madrid, 22.12.2003.
Ponente: Calvo Ibarlucea, María Milagros.*

En sentencia para la unificación de doctrina, el Tribunal Supremo reconoce al *Instituto Madrileño de la Salud* el derecho de justicia gratuita con la exención del pago de costas.

A pesar de que el organismo no está reconocido expresamente en la *Ley General de la Seguridad Social* como Entidad Gestora -del mismo modo que el resto de Servicios de Salud-, el Alto Tribunal establece que tras el proceso de transferencias de competencias, de hecho y de derecho, los servicios autonómicos de salud han pasado a ocupar el mismo lugar que tenía reconocido el *Insalud* en el ámbito de cada Comunidad Autónoma.

Por lo tanto, si el *Insalud* tenía reconocido el beneficio de justicia gratuita como entidad gestora de la Seguridad Social, los institutos autonómicos también tienen ese derecho. En la sentencia de instancia fue declarado el despido de un empleado no sanitario como improcedente. Tras alzarse en suplicación el *Insalud*, fue rechazado el recurso y declarado nulo el despido, condenando al recurrente al pago de costas.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO: La *sentencia de 22 de diciembre de 2003 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid*, desestimó el recurso de suplicación interpuesto por el Instituto Madrileño de Salud frente a la sentencia que había declarado la improcedencia de un despido acordado por la hoy recurrente. La **sentencia desestimatoria del recurso incluía la condena en costas del Instituto Madrileño de la Salud** que al recurrir en casación para la unificación de doctrina opone como **sentencia de contraste la dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Navarra el 13 de septiembre de 1995.**

Se trataba de un **recurso de suplicación interpuesto por el Servicio Navarro de Salud, que fue desestimado sin**

imponer el pago de costas, existiendo petición expresa en ese sentido por la parte contraria.

Concurre entre ambas resoluciones la necesaria identidad de hechos, pretensiones y fundamentos así como la divergencia en los pronunciamientos que sustentan la contradicción exigida por el artículo 217 de la Ley de Procedimiento Laboral, siendo irrelevante que en la sentencia recurrida se debatiera su imposición en el recurso de suplicación frente a una Sentencia y en la de contraste frente a un Auto dictado en ejecución.

SEGUNDO: La recurrente alega la **infracción del artículo 233 de la Ley de Procedimiento Laboral**, en relación con el **artículo 2-b) de la Ley 1/1996, de 10 de Enero, de Asistencia Jurídica Gratuita** y con el **Real Decreto 1479/2001, artículos 1 y 2.**

Se trata de **dilucidar** tanto en la sentencia recurrida como en la de contrate, si bien los Servicios de Salud recurrentes pertenecen a distintas Comunidades Autónomas, **en qué medida las funciones asumidas les hacen acreedores a los beneficios derivados de la gratuidad de la justicia**, habida cuenta de que el **artículo 233 de la Ley de Procedimiento Laboral**, una vez sentado como principio general el del vencimiento en materia de imposición de costas, **reconoce, entre otras excepciones, la de hallarse el vencido amparado por el beneficio de justicia gratuita.**

El ordenamiento español define en la **Ley 1/1996, de 10 de Enero, qué sujetos procesales se hallan amparados por el beneficio de justicia gratuita, presupuesto para la exención de la condena en costas que contempla el artículo 233 de la Ley de Procedimiento Laboral.**

Cuestión idéntica a la que se suscita ha sido resuelta, entre otras, por la **Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 10 de noviembre de 2004, R.C.U.D. núm. 8/299/2004**: “La tesis que se contiene en el recurso interpuesto por el Servicio Madrileño de la Salud merece prosperar pues, aun cuando es **cierto que dicho Instituto no figura como Entidad Gestora de la Seguridad Social** en la relación de las mismas que se contiene en el art. 57 de la Ley General de la Seguridad Social, no es menos cierto que, **por virtud de las transferencias de la gestión de la prestación sanitaria llevada a cabo en nuestro país desde el antiguo Instituto Nacional de la Salud a las distintas Comunidades Autónomas, los diferentes Servicios de Salud constituidos en cada una de ellas han recibido por vía de traspaso los mismos bienes, personas y cometidos que antes desarrollaba el indicado Instituto, con lo que de hecho y de derecho han pasado éstos a ocupar a nivel de cada Comunidad Autónoma el mismo lugar que aquél tenía reconocido con anterioridad para todo el Estado, y por cuya razón tenía reconocido por el art. 2 b) de la Ley 1/1996, el beneficio de justicia gratuita.** Siendo ello así, pues, **tales servicios autonómicos** en cuanto han pasado en su conjunto a sustituir a una Entidad Gestora específicamente reconocida como tal por la Ley General de la Seguridad Social y hoy desaparecida, **merecen el reconocimiento de su carácter de Entidades Gestoras** como lo era aquella porque en ambos casos concurre igualdad de razón en el tratamiento a los efectos que aquí nos ocupan, o sea, **en cuanto**

al reconocimiento del beneficio de justicia gratuita y por lo tanto la exención del pago de las costas en los recursos de suplicación en aplicación de lo dispuesto en el art. 233 LPL, salvadas las excepciones en las que pudiera serles apreciada temeridad o mala fe en sus planteamientos, que aquí no concurren. Siendo ésta la doctrina que, por otra parte, ha seguido esta Sala cual puede apreciarse en las **SSTS de 23-1-1995 (Rec.-1802/94), 10-11-1999 (Rec.-3093/98), 17-7-2000 (Rec.- 1969/99), 3-7-2001 (Rec.- 3509/00), 24-7-2001 (Rec.-4040/00), 30-4-2003 (Rec.- 3931/02), 24-5-2003 (Rec.-2975/02) o 3-3-2004 (Rec.-3834/02)**, entre otras.”

TERCERO: Las consideraciones contenidas en los apartados anteriores conducen a la estimación del recurso formulado por el INSTITUTO MADRILEÑO DE SALUD.

FALLAMOS

Estimamos el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por la Procuradora D^a MARÍA TERESA MARGALLO RIVERA en nombre y representación de INSTITUTO MADRILEÑO DE SALUD y en su virtud **casamos y anulamos la sentencia recurrida en cuanto al pronunciamiento por el que se impone al Instituto demandado la condena al pago de las costas de la suplicación**, para resolviendo en este trámite el punto relacionado con el abono de las costas por el indicado Instituto, **debemos absolver y absolvemo al mismo en el pago de las costas del indicado recurso.**

📖 Cfr.:

- LEY 1/1996 DE ASISTENCIA JURÍDICA GRATUITA: artículo 2 b).
- REAL DECRETO 1479/2001: artículos 1 y 2.
- LEY DE PROCEDIMIENTO LABORAL: artículo 233.

📖 Sentencias:

- TRIBUNAL SUPREMO: sentencias 23 de enero de 1995, 10 de noviembre de 1999, 17 de julio de 2000, 3 y 24 de julio de 2001, 30 de abril y 24 de mayo de 2003 y 3 de marzo y 10 de noviembre de 2004.

MIR / El Supremo confirma que guardias y formación no cuentan como jornada

CONFLICTO COLECTIVO POR ADICIÓN A LA JORNADA ORDINARIA DE LOS MIR DE LAS HORAS DE GUARDIA (SERVICIO VASCO DE SALUD) / HECHOS: petición de nulidad de la cláusula 4 c) del contrato tipo MIR que prevé la suma de las horas de guardia a la jornada laboral ordinaria / **LÍMITE MÁXIMO DE LA JORNADA LABORAL:** la suma de las horas de guardia a la jornada laboral ordinaria es conforme a Derecho si no supera el límite máximo de 58 horas semanales de promedio. / Aplicación de *artículos 17 Directiva 2000/34, 34 del Estatuto de los Trabajadores, y 39 de la Constitución* / **DOCTRINA DEL TRIBUNAL SUPREMO:** *sentencia de 18 de febrero de 2003.*

Tribunal Supremo.

Sentencia de 9 de diciembre de 2004.

Recurso 184/2003, contra

sentencia de TSJ País Vasco, 30.09.2003.

Ponente: Martínez Garrido, Luis Ramón.



Otras sentencias de interés en ADS:

- ADS n° 110 / noviembre 2004, pág. 825. *Análisis de los aspectos legales del ejercicio profesional del médico residente* (M. MENÉNDEZ).
- ADS n° 95 / junio 2003, pág. 508. *TS / Valencia puede imponer al MIR una jornada media semanal de 58 horas.*
- ADS n° 103 / marzo 2004, pág. 271. *MIR / Guardias y formación no están incluidas en la jornada ordinaria* (TSJ País Vasco, 30.09.2003).
- ADS n° 51 / jun. 1999, pág. 384. (TS, 15.02.99) *El MIR tiene derecho a descansar doce horas tras las guardias, declara el Supremo.*

El Tribunal Supremo ha confirmado la sentencia del *TSJ del País Vasco del 30.09.2003* que declaró que las guardias y la formación de los MIR no computan como jornada ordinaria (ver texto íntegro de esta resolución en *ADS n° 103/ marzo 2004*), desestimando el recurso presentado por el *Sindicato Médico de Euskadi*.

El Alto Tribunal afirma que el Derecho interno no contempla expresamente cuál ha de ser el límite máximo de la suma de la jornada ordinaria y de las guardias, debiéndose acudir para suplir tal laguna legal al **límite máximo de 58 horas semanales** de promedio de la jornada ordinaria que se prevé en el *artículo 17, párrafo 2.4, de la Directiva 2000/34*.

La sentencia indica que la **cláusula 4.c) del contrato tipo MIR** impugnada es conforme a Derecho, considerando que la jornada de 1645 horas anuales fijada para los MIR ya es inferior a la jornada general de 40 horas semanales, que la controvertida cláusula no contraviene el derecho al descanso entre jornadas según la doctrina expuesta en las *sentencias de 15 de febrero de 1.999 y 18 de febrero de 2.003*, y que la adición a la jornada ordinaria de las horas de guardia es acorde a la legalidad al no superar el límite de 58 horas semanales de promedio. También respeta el derecho al descanso previsto en el artículo 39.2 de la Constitución

La jornada máxima de trabajo de los MIR ha de fijarse teniendo en cuenta el tiempo que hay que dedicar a su formación al tratarse de contratos de trabajo en formación y de las particularidades previstas al respecto en el *Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, sobre formación médica especializada*.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: 1) **Sindicato Médico de Euskadi** presentó la demanda que encabezan éstas actuaciones **frente a Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), y los sindicatos ELA, LAB, CC.OO., UGT y SATSE**. Se tramitó por los cauces de conflicto colectivo y se solicitaba “se declare la nulidad jurídi-

co obligacional, por ser contraria al artículo 34.3 del ET, del apartado c) de la cláusula cuarta (dedicación y horario) referidos en el hecho tercero de la demanda por no respetar el tenor del citado apartado el derecho que tienen los MIR a un descanso intermedio de 12 horas en tres jornadas, en todo caso y circunstancia y que se declare

que la jornada de 1645 horas anuales de los MIR influye en todo caso el tiempo dedicado a la formación y que las guardias de los MIR tienen tal carácter y están comprendidas dentro de la jornada diaria y anual de 1645 horas, por ser también tiempo dedicado a la formación”.

2) La cláusula cuya nulidad se pretende figura a renglón seguido de la que establece la jornada de 1645 horas anuales en régimen de dedicación a tiempo completo y es del siguiente tenor: “No obstante lo anterior y con la misma finalidad docente asistencial, el residente estará obligado a realizar, por encima de las horas que se citan en el apartado a) de ésta cláusula, las horas de atención continuada que exijan las necesidades organizativas del centro para el funcionamiento del hospital o en su caso centros de salud durante las 24 horas del día. Las horas que se realicen en concepto de atención continuada no tendrán la consideración de horas extraordinarias y se retribuirán en la forma establecida en la cláusula 5ª”

3) Entendió del pleito en la instancia la *Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco que el 30 de septiembre de 2003 dictó sentencia desestimando la demanda* “sin perjuicio del derecho de éstos a disfrutar del descanso entre jornadas y que el tiempo máximo de duración de su jornada semanal no supere la media de 58 horas, absolviendo a los demandados de la pretensión deducida en su contra, sin hacer pronunciamiento sobre costas”. Los razonamientos que conducen a tal pronunciamiento son una práctica reproducción de los contenidos en la sentencia de ésta Sala de 18 de febrero de 2.003 que, expresamente, se invoca.

4) Frente a ésta resolución presenta recurso el Sindicato actor. Lo articula en tres motivos que, sin embargo, se reducen en la práctica a uno sólo. Denuncia la infracción de los artículos 34.3 y 34.3.3º del E.T., sentencias del T.S. de 15 de febrero de 1.999 y 8 de junio de 2.001 (motivo primero). Artículos 1255, 1281 y la aplicación del 1282 y aplicación indebida del 1256 (motivo segundo) y artículos de nuevo 34.3 del ET, 1, 2 y 3 de la O.M. de 14 de julio de 1.988 y, también nuevamente, las sentencias de ésta Sala de 15 de febrero de 1.999 y 8 de junio de 2.001.

El problema litigioso ha tenido ya acceso al recurso de casación, con ocasión de la impugnación de idéntica cláusula, a la que hoy se tacha de nulidad, inserta en los contratos suscritos por el Personal del Servicio Valenciano de Salud y que fue resuelto por nuestra sentencia de 18 de febrero de 2.003.

Previamente hemos de decir que la sentencia recurrida no violó la doctrina de las sentencias de 5 de febrero de 1.999 y 18 de febrero de 2.003 que declararon la nulidad

de la cláusula que ordenaba que la prestación de servicios de presencia física no implicará necesariamente la libranza del día siguiente a su realización. Por tanto, sin contacto alguno con el presente litigio en el que ese derecho no se discute y la cláusula que se impugna no es la misma que la de esas dos sentencias.

Igualmente ha de ser rechazada el resto de la censura, de acuerdo con el informe del Ministerio Fiscal, siguiendo la doctrina de nuestra *Sentencia de 18 de febrero de 2003*, certeramente invocada por la sentencia que se recurre y por el escrito de impugnación, que resumiremos a continuación.

1) Nuestro Derecho interno contiene normas más favorables que las contenidas en el derecho comunitario, en cuanto a la regulación de la jornada máxima. Pero, de manera expresa no existe norma que permita determinar cual es la jornada máxima de trabajo una vez sumados el tiempo ordinario y el extraordinario de prestación de los servicios de atención continuada (guardias), precisión que sí se contiene en la norma comunitaria, pues en el *art. 17 párrafo 2.4 de la Directiva 2000/34*, en vigor desde 1 de agosto de 2004, que la fija en 58 horas semanales de promedio.

2) Por otra parte la cláusula 4ª del contrato tipo del personal contratado por el Servicio Vasco de Salud establece una jornada anual de 1645 horas, inferior al máxima legal de 40 horas semanales establecida en el *art. 34.1 del Estatuto de los Trabajadores*.

3) Las limitaciones de horas extraordinarias, establecidas en el *art. 35 ET* no son de aplicación al personal titulado superior en formación en los centros sanitarios y residencias hospitalarias, por incompatibles con los programas de formación establecidos en el *RD 127/1984 de 11 de enero por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista*.

4) La referida limitación de 58 horas semanales de promedio es de obligado cumplimiento aunque no conste de manera expresa en los contratos, que, por imperativo de lo dispuesto en el *art. 1258 del Código civil* “obligan no solo al cumplimiento de lo expresamente pactado, sino también a todas las consecuencias que, según su naturaleza, sean conformes a la buena fe, al uso y a la ley”. Y así entendida e interpretada la cláusula controvertida, como ha ordenado la sentencia que se impugna, no contraviene las normas del ordenamiento jurídico.

Por otra parte, el descanso mínimo entre jornadas ya ha sido fijado por las dos sentencias de esta Sala a las que más arriba ya hemos hecho referencia.

Por otra parte, como señalábamos en nuestra anterior *sentencia de 18 de febrero de 2003*, el contrato de formación de los MIR, constituye “una de las modalidades de contrato de trabajo que la Ley somete a reglas específicas, cual es el contrato de trabajo formativo. Y se trata además, como precisa la misma *sentencia citada de 15 de febrero de 1999*, de un contrato de trabajo formativo dotado de un régimen particular en algunos aspectos, que se contiene en el ya citado *RD 127/1984, de 11 de enero, sobre formación médica especializada*. Las particularidades de este contrato de trabajo formativo alcanzan a la ordenación de la jornada máxima de trabajo, en cuanto que la prestación de tales servicios profesionales está sometida a programas de formación médica elaborados por las llamadas “Comisiones Nacionales de Especialidad”, que deben tener en cuenta el objetivo superior de alcanzar durante “un período limitado en el tiempo de práctica profesional ... los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de modo eficiente” (*art. 4.1. párrafo segundo del RD 127/1984*).

La cláusula 4ª del contrato-tipo o modelo de contrato de trabajo en litigio fija en su apartado A) una jornada de trabajo ordinaria de 1645 horas al año, pero se encarga de señalar en su apartado C) que a ellas han de añadirse las horas correspondientes a los servicios de “atención continuada”. De ello se desprende con claridad, y así lo hace la sentencia recurrida, que las horas de atención continuada de presencia en el centro deben computarse en principio dentro del tiempo de trabajo. Pero de ello también se desprende, siguiendo la pauta hermeneútica elemental de la interpretación conjunta de los pactos contractuales (art. 1285 del Código Civil), que la cifra de 1645 horas anuales del apartado A) no es un límite máximo absoluto, sino una cifra de la jornada ordinaria a la que deberán adicionarse en su caso las horas de atención continuada. Estas horas de atención continuada deben estar limitadas en el Derecho español, aunque no exista norma legal o reglamentaria que lo diga expresamente, en atención al principio de limitación de la jornada laboral, para garantizar el

“descanso necesario”, establecido en el *art. 39.2 de la Constitución*. La cifra máxima de 58 horas semanales de media considerado en el Derecho Comunitario como límite que “en ningún caso” debe ser rebasado en el sector de los servicios médicos y de salud es la cifra más adecuada para cubrir tal vacío normativo”.

Tal doctrina se haya reflejada en sentencia impugnada, en cuanto ha matizado los términos del fallo absolutorio, por lo que, de conformidad con el dictamen del Ministerio Fiscal, procede la desestimación del recurso, sin hacer expreso pronunciamiento en cuanto a las costas.

FALLAMOS

Desestimamos el recurso de casación promovido por Sindicato Médico de Euskadi, representado y defendido por el Letrado Sr. Fernández Fariza, contra Sentencia de fecha 30 de septiembre de 2003, dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, en el procedimiento nº 2/2003 promovido por la misma parte contra *Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)*, y los sindicatos *ELA, LAB, CC.OO., UGT y SATSE*. Sin costas.

 Cfr.:

- DIRECTIVA 2000/34 DE 22 DE JUNIO DE 2000: artículo 17, párrafo 2.4.
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA: artículo 39.2.
- ESTATUTO DE LOS TRABAJADORES: artículo 34.
- REAL DECRETO 127/1984, DE 11 DE ENERO, POR EL QUE SE REGULA LA FORMACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA Y LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA: artículo 4.1.

 Sentencias:

- TRIBUNAL SUPREMO: sentencias de 15 de febrero de 1999 y 18 de febrero de 2003.

Los riesgos biológicos obligan al empleador a aplicar protocolos específicos de vigilancia

El *Tribunal Superior de Justicia de Asturias* ha condenado al *Ministerio del Interior* y a la dirección del *Centro Penitenciario de Villabona* a aplicar el 'Protocolo de vigilancia sanitaria específica para trabajadores expuestos a agentes biológicos', de ámbito nacional y editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Este protocolo es fruto de trabajo del *Grupo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*.

Tiene doble valor según el tribunal por ser el resultado de una labor técnica que recoge datos aceptados mayormente por la comunidad científica, y por fijar las pautas de actuación más acertadas en los centros institucionales encargados de la sanidad y la prevención de riesgos laborales para la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores, teniendo en cuenta además presente las previsiones del *Real Decreto 664/1997*. De esta forma, el tribunal desestima el recurso del abogado del Estado que alegaba que el citado protocolo no era aplicable a los centros de la Administración General del Estado.

Actuación contraria a la norma

La censura jurídica de la sentencia se centra en que la prevención contra los riesgos biológicos laborales no puede quedar en manos de cada trabajador, como así sucedió en el Centro Penitenciario de Villabona, cuya dirección remitió al personal a sus respectivos médicos de cabecera para realizar los estudios necesarios encaminados a determinar la posibilidad de infección de tuberculosis.

Este proceder se aparta de la normativa de riesgos laborales, que exige al empleador, sea Administración pública o no, el control de los riesgos biológicos con un programa riguroso de exámenes médicos y de vigilancia, atento a las características de la enfermedad tuberculosa, que exige un estudio inicial de contactos, la determinación de sus posibles infectados y evaluaciones periódicas de la salud, dado que la enfermedad puede aparecer hasta dos años después de la infección o incluso más tarde.

CONFLICTO COLECTIVO CONTRA MINISTERIO DEL INTERIOR POR INAPLICACIÓN DE 'PROTOCOLO DE VIGILANCIA SANITARIA DEL MINISTERIO DE SANIDAD PARA TRABAJADORES EXPUESTOS A AGENTES BIOLÓGICOS' EN CENTRO PENITENCIARIO / Demanda de Comisiones Obreras para exigir realización de análisis y sentimiento de la tuberculosis en los términos de este protocolo a los trabajadores de Centro Penitenciario que han podido estar en contacto con interno enfermo de tuberculosis activa infecciosa / Inspección de Trabajo que exige a la dirección del centro el cumplimiento del *Real Decreto 664/1997* / Riesgo biológico superior que justifica su aplicación a la Administración General del Estado.

*Tribunal Superior de Justicia de Asturias.
Sentencia 30 de julio de 2004.
Recurso de suplicación 4032/2003.
Ponente: González Rodríguez, Jorge.*

Otras sentencias de interés en ADS:

- ADS nº 104 / abril 2004, pág. 320. Denegación de indemnización a médico radiólogo por la afección contraída con ocasión de su ejercicio profesional.
- ADS nº 80 / 2002, pág. 142. Contagio laboral de VHC.
- ADS nº 85 / 2002, pag. 572. Contagio laboral de VHC.
- ADS nº 61 / mayo 2000, pág. 410. La hepatitis B del sanitario tiene la presunción legal de enfermedad profesional.
- ADS nº 92 / marzo 2003, pág. 265. El personal de subcontratas hospitalarias debe ser indemnizado por contagio laboral.
- ADS nº 7-8 / julio-agosto 1995, pág. 482. El contagio de VIH por falta de medidas de seguridad es indemnizable (contagio a ATS).

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: La sentencia del **Juzgado de lo social núm. 2 de Oviedo** estimó la demanda de conflicto colectivo interpuesta por CCOO y **condenó** "al Ministerio del Interior, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, y al Centro Penitenciario de Villabona, a que **realice un estudio,**

análisis y seguimiento de la tuberculosis en los términos del Protocolo de vigilancia sanitaria, de todos los trabajadores del centro penitenciario que hayan podido estar en contacto con el interno enfermo".

El abogado del estado recurre en suplicación y para examinar los diversos motivos impugnatorios que formula conviene recordar el supuesto de hecho sobre el cual se pronuncia la resolución judicial.

En el centro penitenciario de Villabona un interno padeció tuberculosis activa infecciosa, por lo que la dirección del establecimiento adoptó diversas medidas sanitarias:

a) **El enfermo infeccioso fue trasladado al hospital; a su regreso permaneció en aislamiento respiratorio y con tratamiento hasta confirmarse la desaparición del riesgo de contagio (hechos probados primero y segundo).**

b) **El caso fue puesto en conocimiento de la autoridad sanitaria (hecho probado tercero).**

c) **A los internos que pudieran haber tenido contacto con el enfermo se les sometió a pruebas médicas: Mantoux, Rx y esputos,** según procediera en cada caso; uno de ellos fue sometido a vigilancia médica específica (hecho probado sexto).

d) **A los trabajadores que lo solicitaron se les ofreció la realización de la prueba de Mantoux o la práctica de Rx o estudio por su médico de cabecera si ya tenían un Mantoux + previo;** y se les indicó su deber de comunicar la presencia de la enfermedad. Ante la petición de un trabajador para que le fueran realizados estudios médicos se le respondió que éstos podrían iniciarse por el servicio médico del centro y derivarse al médico de cabecera del trabajador para ser completados si fuera preciso (hechos probados séptimo y octavo).

SEGUNDO: El recurrente critica primero, valiéndose de la vía procesal del art. 191 b) LPL (y 1563), el relato fáctico de la sentencia. Así, propone para el hecho octavo de los declarados probados el texto alternativo siguiente: "La prevalencia de la prueba de Mantoux (+) es muy alta entre la población general y también entre la penitenciaria. Se estima que alrededor del 50% de la población da positivo en mantoux".

Basa los datos cuya adición intenta en "el contenido integral de la estadística que se cita en ese extremo de la sentencia", sin precisar a cuál estadística se refiere, qué extremos específicos de la misma recogen tales datos y su concreta localización en el proceso. Las omisiones le impiden cumplir

un requisito esencial para la admisibilidad del motivo impugnatorio, cual es la identificación pormenorizada del documento en el que sustenta la revisión de las premisas fácticas -art. 194.3 LPL-.

Acierta, en cambio, al proponer la supresión del hecho décimo, cuyo texto -"es aplicable el protocolo de vigilancia sanitaria del Principado de Asturias"- no incorpora un dato fáctico sino la respuesta a uno de los temas jurídicos planteados en el proceso: **la determinación de las normas de prevención de riesgos laborales aplicables al supuesto de hecho y, en este contexto, el valor del señalado protocolo de vigilancia sanitaria.** Son cuestiones a tratar en la parte de la sentencia destinada a los fundamentos de derecho, como así lo fueron en la resolución judicial impugnada.

TERCERO: La vía procesal que habilita el art. 191 c) LPL (y 1563) para la censura jurídica de la sentencia es también utilizada por el recurrente. En su escrito, dividido en capítulos sin correspondencia con los motivos de impugnación formulados, plantea a la resolución judicial impugnada, con invocación de diversas normas, varias objeciones, que se agrupan en un resumen final:

"La sentencia impugnada procede a la aplicación como único sustento legitimador del fallo condenatorio del Centro Penitenciario de Villabona-Dirección General de Instituciones Penitenciarias, de un Protocolo de carácter médico que, atendiendo a su propia naturaleza, deviene totalmente inaplicable a la presente litis, ya que a) no es subsumible en el elenco de normas generadoras de obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales para la Administración General del Estado; b) no resulta de aplicación a esa Administración por cuanto no ha sido parte en su proceso de elaboración; y porque, c) fundamentalmente, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias cuenta con un protocolo de actuación -programa de tuberculosis propio-distinto al que se ha aplicado en la sentencia impugnada. Es más, y aunque a efectos puramente meramente dialécticos y en lo más favorable a la parte ahora recurrida (sic) se considerase de aplicación ese protocolo del Principado de Asturias, se ha tenido ocasión de exponer cómo las medidas de prevención y paliativas del caso de tuberculosis detectado responden a los dictados y cumplen las garantías médicas exigidas en ese Protocolo sanitario".

El punto de partida del recurso es erróneo al igual que lo fue el de la sentencia. **El Real Decreto 664/1997 es aplicable al caso, que se encuentra comprendido en los amplios términos del art. 1.**

Es cierto que la indicada disposición atiende más a los

supuestos en que la exposición de los trabajadores a los agentes biológicos sea consecuencia natural de las tareas laborales desempeñadas. **Pero en el art. 1 se incluye cualquier supuesto de exposición a los agentes biológicos**, pues según establece su apartado primero "tiene por objeto, en el marco de la *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*, la protección de los trabajadores contra los riesgos para su salud y su seguridad derivados de la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, así como la prevención de dichos riesgos".

Incluso no existen razones sólidas para considerarlo no comprendido en el apartado 2 del citado precepto, conforme con el cual "mediante el presente Real Decreto se establecen las **disposiciones mínimas aplicables a las actividades en las que los trabajadores estén o puedan estar expuestos a agentes biológicos debido a la naturaleza de su actividad laboral**".

En efecto, está documentado científicamente que los trabajadores de instituciones cerradas están sometidos, junto con otros colectivos profesionales específicos, como el personal sanitario, los ganaderos o los trabajadores de mataderos, **a mayores riesgos de contraer determinadas enfermedades infecciosas, entre ellas la tuberculosis**. Este superior riesgo de exposición es un dato señalado por la Juzgadora de instancia con base en el protocolo de vigilancia sanitaria tantas veces mencionado en la sentencia y en el recurso, que analiza esa enfermedad, dentro del apartado destinado a las "enfermedades cuyo riesgo está vinculado al tipo de actividad laboral".

Sobre este protocolo sanitario es fundamental tener presente, para despejar errores, que se trata del "*Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica para los/as trabajadores/as expuestos a agentes biológicos*", de ámbito nacional y editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Es fruto del trabajo desarrollado por las Administraciones -central y autonómicas- sanitarias a través del **Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**. Su importancia es doble, por ser el resultado de una labor técnica y científica que recoge los **datos aceptados mayoritariamente por la comunidad científica** respecto de la materia en él tratada; y, **por fijar las pautas de actuación tenidas como más acertadas** en esa comunidad, y **en los centros institucionales encargados de la sanidad y la prevención de riesgos laborales**, para la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores, teniendo, además, presente las disposiciones del **Real Decreto 664/1997**.

Pues bien, ese riesgo superior de exposición al bacilo de

la tuberculosis, por parte del personal de instituciones cerradas, y entre éstos los trabajadores de establecimientos penitenciarios, justifica plenamente la inclusión de este colectivo en el ámbito subjetivo del art. 1.2 del Real Decreto, máxime cuando se considera que se trata agente biológico del grupo 3: **aquel que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz (art. 3.1 del Real Decreto 664/1997, en relación con su Anexo II)**.

Ningún obstáculo presenta para la mencionada inclusión que entre la lista de actividades con riesgo de exposición a agentes biológicos, recogidas en el Anexo I del Real Decreto, no figure el trabajo en establecimientos penitenciarios o en otros centros cerrados. **La relación que contiene es meramente indicativa y ni impide dar el mismo tratamiento o protección a otros grupos de trabajadores**, siempre y cuando estén expuestos a agentes biológicos o haya riesgo destacable de exposición, como ocurre con los trabajadores de establecimientos cerrados.

CUARTO: El Real Decreto 664/1997 es un desarrollo reglamentario de la *Ley 31/1995, de 8 de noviembre*, de Prevención de Riesgos Laborales, que traspone a nuestro derecho diversas directivas comunitarias. Para el recurrente, tal desarrollo, no parece ser aplicable a la Administración General del Estado y, dentro de la misma, a los Establecimientos Penitenciarios, sujetos, según refiere, a una normativa específica, que respecto de estos últimos ni siquiera ha sido realizada. Menciona en esta línea argumental el **art. 3.3 de la Ley 31/1995, y el art. 2.2 del Real Decreto 1488/1998, de 17 de julio (y 1927), de adaptación de la legislación de riesgos laborales a la Administración General del Estado**, conforme con los cuales en los establecimientos penitenciarios se adaptarán a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y al citado Real Decreto 1488/1998 aquellas actividades cuyas características justifiquen una regulación especial. Pero el razonamiento carece de consistencia pues ni existe justificación (ninguna señala el recurrente) para incluir el supuesto litigioso y la pretensión estimada en la sentencia entre "aquellas actividades cuyas características justifiquen una regulación especial"; ni el tiempo transcurrido sin que se haya dictado una norma específica aplicable directamente al supuesto indica otra cosa que la inexistencia de especialidad.

QUINTO: La eficacia del "Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los/as trabajadores/as expuestos a agentes biológicos" no deriva de un carácter normativo, en sentido estricto, del cual carece, sino de plasmar los

datos, recomendaciones y modos de actuar que aclaran y facilitan la aplicación de las normas de prevención de riesgos laborales. Marca las pautas sobre el buen hacer para evitar, controlar y afrontar las exposiciones de los trabajadores a agentes biológicos, dentro de los límites establecidos por el sistema normativo sobre prevención de riesgos laborales. **Por eso es importante, y buena muestra de su valor en la materia es que el recurrente afirma tener su propio protocolo,** pues "la Dirección General de Instituciones Penitenciarias cuenta con su propio Protocolo de actuación desde el año 1989, denominado, especialmente, **Programa de Tuberculosis**"; **sin embargo, nada se conoce del mismo, ya que no ha sido aportado el documento en el cual se haya plasmado, ni se ha proporcionado información fidedigna de su contenido.**

SEXTO: Las discrepancias respecto de la aplicación al caso del Real Decreto 664/1997 y de la falta de soporte normativo para acudir al Protocolo de vigilancia sanitaria, pueden distraer de un elemento esencial para la resolución del recurso. La **Ley 31/1995 dirige al empleador, sea o no Administración pública, un mandato preciso: tiene el deber de proteger a los trabajadores frente a los riesgos laborales -art. 14.1-**. Para dejar claro que no se trata de una fórmula retórica le señala a continuación que el cumplimiento de esa carga exige garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo, mediante la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la **protección de los trabajadores -art. 14.2-** y en los preceptos siguientes efectúa el diseño de los aspectos más relevantes para conseguir ese objetivo, entre los cuales recoge, como no podía ser de otro modo, **la vigilancia de la salud -art. 22-**. Pues bien son estas normas, sin necesidad de otras mediaciones normativas, las que llevan al protocolo indicado, para buscar las medidas de protección más adecuadas, y dan fundamento a la condena del establecimiento demandado.

SÉPTIMO: Una gran parte del recurso está dedicada a la defensa de las acciones emprendidas por el establecimiento demandado, tras la detección del enfermo infectado, para la salvaguarda de la salud de los trabajadores. En la exposición que realiza procede al detalle y comentario de esas acciones sin importar su reflejo -y en qué términos- o la falta de él, en el relato de hechos probados. Olvida por tanto que las premisas fácticas de la sentencia, mientras no sean alteradas a través del mecanismo procesal previsto al efecto, acotan los hechos relevantes para la decisión del recurso.

Esas premisas fácticas de la resolución judicial muestran que **el Establecimiento Penitenciario de Villabona**, a pesar de enfrentarse a un caso de infección activa de tuberculosis,

que supone un riesgo elevado de contagio para las personas que hubieran estado en contacto o proximidad física con él, **no estableció y llevó a la práctica**, para controlar la salud de los trabajadores, **un programa riguroso de exámenes médicos y de vigilancia, atento a las características de la enfermedad tuberculosa, que exige un estudio inicial de contactos, la determinación de los posibles infectados y evaluaciones periódicas de la salud, dado que la enfermedad puede aparecer hasta dos años después de la infección o incluso más tarde. Prefirió en cambio trasladar su responsabilidad a los propios trabajadores mediante el cómodo expediente de, salvo para alguna actuación inicial, remitirles a sus respectivos médicos de cabecera, es decir, a la sanidad pública, con el objeto de practicar en ésta los estudios necesarios, pero sin siquiera realizar un metódico estudio de contactos y de establecer mecanismos de coordinación y vigilancia a fin de poder hacer el seguimiento riguroso y periódico de la salud de los trabajadores que hubieran tenido proximidad física con el enfermo; dejó así en manos de cada trabajador el control del posible riesgo de contacto y la comunicación al establecimiento de cualquier alteración de la salud relacionada con la exposición al agente biológico.**

Es patente que tal proceder del empleador se encuentra alejado, por defecto, del exigido en la normativa de riesgos laborales aplicable.

Procede, por consiguiente, la desestimación del recurso.

FALLAMOS

Que desestimamos el recurso de suplicación interpuesto por el Ministerio del Interior, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Establecimiento Penitenciario de Villabona de Asturias contra la sentencia del Juzgado de lo Social núm. 2 de Oviedo, dictada en los autos seguidos a instancia de Comisiones Obreras de Asturias (CC OO) contra dicho recurrente sobre conflicto colectivo y en consecuencia confirmamos la resolución impugnada.

 Cfr.:

- RD 664/1997: artículo 1.
- LEY 31/1995 DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: artículo 3.3; 14.1; 14.2; y 22.
- RD 1488/1988 DE ADAPTACIÓN DE LA LEGISLACIÓN DE RIESGOS LABORALES A LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO.

La asistencia médica a beneficiarios de baja computa en la retribución por cupo

El Tribunal Supremo ha declarado en un auto que los facultativos de cupo que presten efectiva asistencia médica a beneficiarios de cartillas dadas de baja pero que conservan el derecho a la asistencia sanitaria deben ser remunerados por ello, con independencia de que el cómputo de la retribución del sistema de cupo esté establecido según las cartillas dadas de alta en la asistencia sanitaria.

El auto, que inadmite el recurso de la *Consejería de Sanidad de Valencia*, avala la tesis de la sentencia del *Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana* de 14 de noviembre de 2.003, que falló a favor de varios médicos generales de cupo y zona de distintos centros de primaria.

Esta resolución consideró probado que los médicos prestaban asistencia médica con independencia de estar de baja en la Seguridad Social, por lo que eliminar su retribución carece de justificación.

Una cuestión de prueba

El asunto se reduce a una estricta cuestión de prueba, que obliga a la Administración a acreditar con sus listados cuál es el número real de beneficiarios atendidos desde 1997, periodo inicial de la reclamación.

La Consejería no aportó los listados completos de los titulares en situación de alta o baja sin derecho a asistencia sanitaria. La doctrina reitera que la carga de la prueba sobre las variaciones en el número de beneficiarios ha de recaer en la parte que tiene más facilidad probatoria (*art. 217.6 Ley de Enjuiciamiento Civil*); en este caso, la Administración, por su mejor accesibilidad a los listados.

Falta de contradicción

En el auto, el *Tribunal Supremo* declara la inadmisión del recurso de casación de la *Consellería de Sanidad de Valencia*, como anteriormente hizo con otros recursos de este organismo sobre la misma materia porque los hechos no son revisables en casación, y porque falta contradicción de doctrina entre la sentencia aportada para contraste y la recurrida por la *Consejería de Sanidad de Valencia*.

RETRIBUCIÓN POR CUPO DE MÉDICOS DE PRIMARIA DE VALENCIA / HECHOS: facultativo sde cupo que prestan asistencia médica a titulares en situación de baja sin derecho a asistencia sanitaria / **FALTA DE PRUEBA** por la Administración de la asistencia real prestada por los médicos al no aportar listados completos de beneficiarios con derecho o sin derecho a asistencia sanitaria / Carga de la prueba corresponde a la Administración por tener fácil acceso a los listados / Aplicación del artículo 217 de la Ley de Procedimiento Laboral y art. 217.6 LEC / **DOCTRINA DEL TRIBUNAL SUPREMO:** 27 de enero de 1992 y 29 de enero de 2004 / Auto de inadmisión de recurso de casación por faltar contradicción.

Tribunal Supremo.

Auto del 26 de octubre del 2004.

Recurso 1950/2004, contra

sentencia de TSJ Valencia, 14.11.2003.

Ponente: Martínez Garrido, Luis Ramón.

- ADS nº 59 / mar. 2000, pág. 240. La congelación de trienios de 1987 no afecta al personal de cupo.
- ADS nº 70 / marzo 2001, pág. 223. Personal de cupo: el complemento quirúrgico se cobra aunque no se opere.
- ADS nº 10 / octubre 1995, pág. 673. El médico tiene derecho a mantener el cupo quirúrgico de sus asegurados.
- ADS nº 76 / octubre 2001. El cupo puede reducirse cuando por causas sociales disminuye el número de beneficiarios

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El artículo 217 de la *Ley de Procedimiento Laboral* exige para la viabilidad del recurso de casación para la unificación de doctrina que exista una contradicción entre la resolución judicial que se impugna y otra resolución judicial que ha de ser una sentencia de una Sala de lo Social de un Tribunal Superior de Justicia o de la Sala IV del Tribunal Supremo.

La contradicción requiere que las resoluciones que se comparan contengan pronunciamientos distintos sobre el

mismo objeto, es decir, que se produzca una diversidad de respuestas judiciales ante controversias esencialmente iguales y, aunque no se exige una identidad absoluta, sí es preciso, como señala el precepto citado, que respecto a los mismos litigantes u otros en la misma situación, se haya llegado a esa diversidad de las decisiones pese a tratarse de “hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales”. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que la contradicción no surge de una comparación abstracta de doctrinas al margen de la identidad de las controversias, sino de una oposición de pronunciamientos concretos recaídos en conflictos sustancialmente iguales (*sentencias de 27 y 28 de enero de 1.992, 18 de julio, 14 de octubre, 17 de diciembre de 1997, 23 de septiembre de 1998, 30 de junio de 1999, 2 de julio, 28 de septiembre de 1999 y 29 de enero de 2004, entre otras muchas*).

La Consejería de Sanidad articula su recurso en un único motivo dirigido a determinar si las cartillas dadas formalmente de baja por la TGSS en el Sistema de Seguridad Social, deben computarse para calcular la retribución de los facultativos del Sistema Nacional de Salud remunerados por el sistema de cupo por cartillas de alta en asistencia sanitaria (*arts.III.2 y II.2.4 y 5 LGSS de 1974, 30.1.1 Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, y 1.1 Orden de 8 de agosto de 1986*). Invoca como sentencia de contraste la dictada por la Sala de lo Social del *TSJ Cataluña de 17 de diciembre de 1999* (rollo 5580/99).

Los actores son facultativos -Médico Generalista de Cupo/Zona en distintos centros de Salud y Medicina Primaria de Valencia- y el organismo demandado no incluye en sus retribuciones las correspondientes a cartillas de afiliados adscritos a su cupo de baja, los cuales, según aquél, suponen beneficiarios que se encuentran en baja por diferentes causas. En la sentencia recurrida consta probado que el demandante tenía incluidos en sus cupones afiliados en situación de baja, a los que debían prestar asistencia sanitaria que no les era retribuida, y **sin que la Consellería demandada haya aportado los listados completos de titulares afiliados a la Seguridad Social que figuren en alta o baja**, o “sin derecho a asistencia sanitaria”, en relación con las claves médicas/cupos de los actores y referidos al total período objeto de reclamación.

La Sala considera que ha de aplicarse el *art. 217.6 LEC* y hacer recaer la carga de la prueba sobre la parte que tiene más disponibilidad y facilidad probatoria, pues lo discutido es el número real de benefi-

ciarios que la actora debía atender, al margen de su situación con la Seguridad Social, a partir de los listados de la Tesorería; por tanto, la disminución del número de cartillas fue debida a no tener en cuenta a los beneficiarios de baja pero que seguían teniendo derecho a la asistencia sanitaria y a ser atendidos, siendo la Administración la que debió probar la existencia de variaciones en el número de beneficiarios a partir del mes de septiembre de 1997 período inicial de la reclamación.

La sentencia alegada como contradictoria es la del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 17 de diciembre de 1999, que desestima las reclamaciones por diferencias salariales formuladas por los demandantes, personal sanitario de cupo y zona, los cuales sostenían la necesidad de que las situaciones de baja en Seguridad Social pero conservando el derecho a la asistencia sanitaria figurasen en los listados dentro de los “afiliados en baja” y no “en alta” como pretendía hacer creer el Instituto Catalán de la Salud. El argumento de la sentencia es que la inclusión de los afiliados “en baja” para valorar el número de cartillas es improcedente porque la retribución por ese sistema más allá de los mínimos establecidos no puede incluir afiliados sin derecho a prestaciones de asistencia sanitaria o que hayan cambiado de médico, máxime cuando la clave de esos afiliados incluye a los asignados que han causado baja en tal derecho o fallecido, o por baja laboral y haber transcurrido 90 días desde que se produjo esa situación.

La falta de identidad entre las sentencias comparadas se circunscribe a una estricta cuestión de prueba: la recurrida resuelve teniendo por acreditado que la disminución del número de cartillas obedece a que no se han tenido en cuenta a los beneficiarios de la Seguridad Social en situación de baja pero con derecho a asistencia sanitaria, los cuales fueron atendidos por los actores, según se declara en el hecho probado quinto, cuya revisión además rechaza la Sala por no aportar prueba documental idónea en que se apoye la supresión o modificación interesada por la Consejería de Sanidad demandada; en la sentencia de contraste los actores, que han visto desestimadas sus pretensiones en la instancia, pretenden introducir por la vía del *art. 191 b) LPL* un hecho probado en el que se haga constar que **la clave de afiliados en baja incluye teóricamente a los asegurados que estando de baja en el sistema de Seguridad Social gozan de los 90 días naturales de derecho a la asistencia sanitaria, tramitación del procedimiento por despido, excedencias por maternidad con reserva de puesto de trabajo, excedencias forzosas y supuestos**

de suspensión del contrato de trabajo; pero la Sala desestima tal motivo porque de un documento de la TGSS obrante en los autos se deduce lo contrario, en concreto, que el concepto de bajas responde a situaciones que no conllevan derecho a la asistencia sanitaria.

Y es este dato la “**ratio decidendi**” en la sentencia recurrida para estimar la pretensión actora (hp 5º), del que se deduce que, **con independencia de la situación de baja, por las causas que se expresa, en la Seguridad Social, lo cierto es que “el actor ha venido prestando efectivamente asistencia médica a beneficiarios calificados de baja por la TGSS”, por lo que concluye afirmando que se trata de una reducción de retribución sin causa que lo justifique, porque la reducción del número de cartillas asignadas obedeció simplemente a no tener en cuenta a estos.** Por el contrario, la sentencia de contraste estima que no deben computarse las cartillas dadas de baja, por entender que se corresponden con personas que no tienen derecho a la asistencia sanitaria, en su caso respecto del profesional y cupo en el que se dan de baja.

La parte recurrente en el trámite de alegaciones insiste en la existencia de contradicción, pero ésta no puede apreciarse por las razones expuestas. A mayor abundamiento, **esta Sala se ha expresado en el mismo sentido en otros recursos** interpuestos por la misma Consejería, en los que se ha invocado de contraste la misma sentencia, registrados bajo **los números 467/04, 567/04, 622/04, 636/04, 639/04 y 640/04**, entre otros, en los que incluso se apreció la falta de contenido casacional, porque lo que, en realidad se pretende en el recurso es cuestionar las apreciaciones fácticas de la sentencia recurrida sobre el número de beneficiarios de la asistencia sanitaria, lo que no tienen cabida en este excepcional recurso.

SEGUNDO.- Por todo lo expuesto, procede declarar **la inadmisión del recurso**, de conformidad con lo informado por el Ministerio Fiscal **sin** que proceda imponer a la parte recurrente las **costas** del presente recurso tenor del art. 222.2 LPL. Por lo expuesto, en nombre de S. M.

El Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

LA SALA ACUERDA

Declarar **la inadmisión del recurso de casación para la unificación de doctrina** interpuesto por el Letrado Don José Plá Gimeno en nombre y representación de CONSELLERÍA DE SANIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VALENCIANA contra la sentencia dictada por la Sala de lo Social del *Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de fecha 14 de noviembre de 2.003*, en el recurso de suplicación número 1782/03, interpuesto por CONSELLERÍA DE SANIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VALENCIANA y A, frente a la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social nº 1 de los de Castellón de fecha 12 de febrero de 2.003, en el procedimiento nº 499/01 seguido a instancia de A contra CONSELLERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, sobre cantidad. Se declara la firmeza de la sentencia recurrida, sin imposición de costas a la parte recurrente. Contra este auto no cabe recurso alguno.

Cfr.:

• Art. 217 Ley Procedimiento Laboral; arts. 111.2 y 112.4 y 5 LGSS de 1974, 30.1.1 Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, y 1.1 Orden de 8 de agosto de 1986; art. 217.6 LEC; art. 191 b) LPL, 222.2 LPL.

Sentencias:

• TRIBUNAL SUPREMO: sentencias de 27 y 28 de enero de 1.992, 18 de julio, 14 de octubre, 17 de diciembre de 1997, 23 de septiembre de 1998, 30 de junio de 1999, 2 de julio, 28 de septiembre de 1999 y 29 de enero de 2004; y recursos números 467/04, 567/04, 622/04, 636/04, 639/04 y 640/04.

Plan de Inspección Sanitaria de Galicia

La lucha contra el fraude de la incapacidad temporal y el absentismo es una de las acciones prioritarias de la Consejería de Sanidad de Galicia, que en el Plan de Inspección Sanitaria 2005 ha incorporado junto a otras dirigidas a controlar el gasto farmacéutico, el impacto económico de la asistencia concertada, y la reducción de las listas de espera. Además fomentará el programa de inspecciones sanitarias en centros propios, concertados y de empresas colaboradoras de la Seguridad Social. El Plan de Inspección incide, por otra parte, en la evaluación de servicios sanitarios con mayor número de reclamaciones, por lo que recomienda establecer programas de gestión de riesgos específicos. El control farmacéutico el uso de recetas oficiales por los facultativos jubilados, y el de prescripciones de medicamentos especiales. Asimismo, se verificará la presencia y actuación profesional de los farmacéuticos en las oficinas de farmacia. El control de calidad del transporte sanitario programado es otro de los ejes del Plan de Inspección Sanitaria, que también destaca la revisión de servicios a pacientes desplazados de otras autonomías para determinados procedimientos terapéuticos o diagnósticos.

Otros documentos de interés:

- ADS n° 80 / febrero 2002, pág. 170. *El Plan de Inspección Sanitaria de Galicia 2002.*
- ADS n° 88 / nov. 2002, pág. 865. *Ley 41/2002 Básica sobre Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.*
- LEX SANITAS / Ley 7/2003, de Ordenación Sanitaria de Galicia.

ORDEN de 29 de diciembre de 2004, por la que se aprueba el Plan de Inspección Sanitaria para el año 2005.

(Diario Oficial de Galicia de 02.02.2005)

La Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de ordenación sanitaria de Galicia, regula en su artículo 21 las competencias que le corresponden a la Consellería de Sanidad, y entre ellas, en el punto 17 le atribuye la inspección sanitaria en el ámbito de las competencias de la comunidad autónoma.

En la misma línea el Decreto 126/1992, de 14 de mayo, sobre ordenación de las funciones de inspección de servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia, establece:

- El desarrollo de las actividades encomendadas a la Inspección sanitaria por la legislación vigente en materia de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, incapacidad temporal, empresas colaboradoras con la Seguridad Social, mutuas aseguradoras, botiquines, servicios médicos de los servicios de prevención de las empresas.
- La necesidad de evaluar la actuación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios tanto desde el punto de vista de la calidad de la asistencia prestada, como del gasto realizado y del grado de cumplimiento de los objetivos que se les marquen a los centros.
- El ejercicio de la tutela, control y evaluación eficiente sobre todos los centros, servicios y establecimientos y prestaciones sanitarias de la titularidad pública o privada de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- La inspección y control de todos aquellos aspectos de atención sanitaria recogidos como derechos de los usuarios en la Ley general de sanidad, reglamentos que la desenvuelven, en la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en la Ley 7/2003, de ordenación sanitaria de Galicia.
- El Decreto 44/2002, de 8 de febrero, estipula que a la Inspección sanitaria le corresponde el ejercicio de las actuaciones de Inspección en lo relativo a los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos y privados que desempeñen su actividad en el ámbito de la comunidad autónoma, así como, en este contexto, la evaluación de sus actividades con especial atención a las prestaciones del sistema sanitario público.

Dicho decreto establece, asimismo, que a la Inspección sanitaria le corresponde la acreditación de centros, establecimientos y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Galicia.

El Plan de Inspección sanitaria para el año 2005 se elaboró siguiendo una línea innovadora de las actividades reflejadas en los planes de Inspección sanitaria de los años anteriores, destacando las actuaciones, de inspección versus autoridades sanitarias.

Las actividades de la Inspección sanitaria deben contemplarse tanto como garantía de la eficacia-eficiencia del sistema sanitario como del ejercicio de la autoridad sanitaria.

Continúa teniendo tanta importancia y relevancia transcendentales la lucha contra el fraude centrada especialmente en el control de la incapacidad temporal y en la prestación farmacéutica, evitando de ese modo las posibles desviaciones que puedan producirse en dichas prestaciones básicas. Asimismo, en este apartado y por la creciente tendencia alcista producida en los últimos años, procede incrementar las actuaciones específicas de control y seguimiento de la incapacidad temporal en los colectivos de personal de los centros propios del Sergas y de la Xunta de Galicia.

En el Plan de Inspección Sanitaria para el año 2005 y por su gran importancia y repercusión en la asistencia sanitaria se incluyeron actuaciones

específicas en relación al control de las listas de espera y aspectos relacionados.

Por lo que, conforme a lo establecido en el artículo 5 del Decreto 126/1992, de 14 de mayo, sobre ordenación de las funciones de Inspección de servicios sanitarios, por propuesta del secretario general.

DISPONGO

Artículo único. Se aprueba el Plan de Inspección Sanitaria para el año 2005, que figura como anexo a la presente orden.

Los servicios de Inspección sanitaria remitirán antes del 31 de enero del año 2006 a la Secretaría General de la Consellería de Sanidad la memoria anual del año 2005 de las actividades de sus respectivos ámbitos competenciales, dicha memoria se confeccionará de acuerdo con los resultados obtenidos respecto de las actuaciones incluidas en el plan que se aprueba.

Santiago de Compostela, 29 de diciembre de 2004. JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ. Conselleiro de Sanidad.

ANEXO

I. *Ámbito de salud laboral.*

1.1) *Ámbito de la incapacidad temporal (IT).*

Actuaciones incluidas en el programa específico de reducción de la tasa global de absentismo por IT (TGA) del personal de centros propios del Sergas, y aplicación, adecuación y seguimiento de las medidas de optimización de dicho programa.

Actualización del sistema de información del aplicativo de IT en lo relativo a: revisión y diseño de nuevas aplicaciones de soporte operacional que optimicen la gestión de inspección y del sistema de análisis complejo, e implementación de nuevos informes predefinidos, informes dinámicos y consultas en las explotaciones del aplicativo de IT.

Seguimiento de la implantación gradual del proceso de informatización de la cumplimentación por los prescriptores de los partes de baja/alta/confirmación y desarrollo de actividades de coordinación y apoyo a los coordinadores de los centros de salud en los que se implanta la Itweb, implementando funcionalidades para seguimiento de los procesos por los prescriptores.

Control y seguimiento de la adecuada cumplimentación por los prescriptores de los partes de baja/alta/confirmación y de los informes trimestrales y demás informes reglamentarios en materia de IT.

Consolidación del desarrollo de las actuaciones de seguimiento derivadas de las funciones de los coordinadores de IT de las gerencias de atención primaria y potenciar la colaboración con dichos coordinadores por parte de las unidades de salud laboral del Sergas.

Establecer conjuntamente con las gerencias de atención primaria los sistemas de control y gestión documental de la IT por parte de los facultativos prescriptores.

Desarrollo de actividades dirigidas a la optimización de la prescripción, en lo relativo a la cumplimentación de la documentación clínico-laboral e indicadores mediante entrevistas y remisión de información a los facultativos de atención primaria, priorizándose las entrevistas con los facultativos que presenten desviaciones en sus indicadores.

Tramitación y contestación del 100% de las reclamaciones de empresas relacionadas con los procesos de IT de sus trabajadores.

Selección y revisión de todos los procesos de IT al alcanzar la duración estándar y revisión e informe de todos los procesos en los plazos reglamentariamente establecidos.

Seguimiento de la cartera de servicios que en el futuro se concierte con las mutuas u otras entidades interesadas en el control de la IT.

Aplicación, seguimiento y control del convenio suscrito por la comunidad autónoma con el INSS en materia de IT, en el marco de financiación de los servicios sanitarios:

- Realización de cursos de formación dirigidos a médicos de atención primaria para la actualización en la gestión, seguimiento y control de la incapacidad temporal (7ª fase-14 ediciones, 140 facultativos).
- Seguimiento y control de la transmisión telemática de partes de baja/alta al INSS.
- Subprograma específico de reducción de la tasa global de absentismo (TGA) del personal de la Xunta de Galicia.
- Subprograma de reducción de la tasa global de absentismo (TGA) de la población en general.
- Responder en los plazos legales establecidos al 100% de las propuestas de alta emitidas por las entidades gestoras y al 100% de las intenciones de alta regulados en el RD 1117/1998.
- Seguimiento y canalización de los acuerdos que se suscriban entre el Sergas y el INSS para la realización de pruebas diagnósticas e informes médicos.

1.2) *Ámbito de los servicios de prevención.*

Verificación del mantenimiento de las condiciones de autorización sanitaria en los servicios de prevención de las empresas que tienen concedida la asistencia médico-farmacéutica.

Estudio, diseño e implantación de un sistema de información y análisis de los informes y memorias de absentismo por contingencias comunes

de los servicios de prevención de las empresas.

Consolidación del Programa de Inspección y Evaluación en materia de Prevención de Riesgos Laborales en la especialidad de medicina del trabajo:

a) Servicios de prevención ajenos (tanto mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales como otras entidades).

Verificación del mantenimiento de las condiciones de autorización sanitaria.

Evaluación de la actividad sanitaria desarrollada.

Subprograma especial de verificación de la no subcontratación de la actividad sanitaria básica.

b) Servicios de prevención propios.

Continuación y finalización de la elaboración de un censo de servicios de prevención propios existentes en la comunidad autónoma, con la colaboración de la Inspección de trabajo.

Verificación del mantenimiento de las condiciones de autorización sanitaria.

Evaluación de la actividad sanitaria desarrollada.

Evaluación de las correspondientes auditorías preceptivas que tienen que ser realizadas para su aprobación, en estos servicios de prevención y que cuenten con la especialidad de medicina del trabajo (vigilancia de la salud).

c) Realización de las inspecciones e informes de actividades sanitarias de los servicios de prevención, tanto propios como ajenos, para su autorización sanitaria. Se fija en 15 días como máximo el plazo para emitir estos informes por parte de las unidades de salud laboral.

d) Establecer sistemas de gestión y coordinación de los servicios de prevención con la red asistencia] pública: registro de servicios, dotación de los servicios, sistema de información sanitaria de los servicios y coordinación de los mismos con la Administración sanitaria y Sergas.

1.3) *Ámbito de las MATEP y empresas colaboradoras.*

Inspección de los servicios asistenciales y de las condiciones de funcionamiento de todos los servicios sanitarios de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedad profesional de la Seguridad Social de la Comunidad Autónoma destinadas a atender a los pacientes accidentados o enfermos por contingencias de tipo laboral. Elaboración de un protocolo unificado para la comunidad autónoma para llevar a cabo estas inspecciones.

Inspección de los servicios asistenciales de las empresas colaboradoras de la Seguridad Social.

II. *Ámbito de la prestación farmacéutica.*

Seguimiento del convenio de colaboración suscrito entre la Consellería de Sanidad y los colegios oficiales de médicos de Galicia, respecto al uso de talonarios de recetas oficiales del Servicio Gallego de Salud por parte de los facultativos médicos jubilados.

Inspección y control de prescripciones en receta oficial de medicamentos que requieren condiciones especiales de utilización y que dictamine la autoridad sanitaria.

Continuación con la verificación de la presencia y actuación profesional de personal farmacéutico en las oficinas de farmacia abiertas al público, tanto en horario ordinario, como en horario ampliado y servicios de urgencia.

Verificación del cumplimiento de las condiciones y requisitos establecidos para las oficinas de farmacia en relación con las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales.

Participación en las campañas de control de calidad de medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, para la verificación de los estándares de calidad fijados en la autorización de comercialización de las especialidades farmacéuticas y en aquellos programas de inspección e control de medicamentos que se establezcan.

Estudio y evaluación de la situación actual del reintegro de gastos de productos farmacéuticos.

III. *Ámbito de conciertos.*

Inspección y evaluación de una muestra de centros concertados del cumplimiento de la Ley 41/2002, sobre el contenido de la historia clínica de pacientes enviados a centros concertados.

Estudio retrospectivo de las revisiones posquirúrgicas en los seis meses siguientes a la intervención, en los pacientes intervenidos en los centros concertados San Rafael y Santa Teresa de A Coruña en las especialidades de cirugía vascular (arteriales) y traumatología..

Estudio económico sobre los pacientes en hemodiálisis de otras provincias que acuden temporalmente a hemodializarse.

Estudio, análisis y valoración de la utilización de la diálisis peritoneal en la comunidad autónoma.

Análisis del porcentaje de sesiones de radioterapia y de quimioterapia, ambulantes e ingresados de los pacientes atendidos en el Centro

Oncológico de Galicia y a nivel provincial según procedencia del paciente.

Análisis del porcentaje de ingresos por toxicidad postratamiento oncológico de los pacientes atendidos en el Centro Oncológico de Galicia y a nivel provincial según procedencia del paciente.

Inspección y control de la prestación de servicios sociosanitarios concertados en las áreas de Pontevedra y Vigo.

Inspección y control de los conciertos establecidos en las áreas de Pontevedra y Vigo, tanto de procesos médicos como quirúrgicos.

Inspección y control de las prestaciones sanitarias derivadas a centros concertados para tratamientos: fisioterapia, logopedia, atención temprana, liemodiálisis, diálisis peritoneal, terapias respiratorias a domicilio, en la provincia de Pontevedra.

Inspección y control de las prestaciones sanitarias derivadas a centros concertados para tratamientos de: logopedia, cirugía maxilofacial, hemo-diálisis y diálisis peritoneal, en la provincia de Ourense.

Inspección y control del contrato-programa entre Sergas y Fundación Pública Hospital del Salnés, para la prestación de asistencia sanitaria a beneficiarios de la Seguridad Social.

Inspección y control del convenio entre Sergas y Sociedad Pública Autónoma Instituto Gallego de Medicina Técnica (MEDTEC).

Inspección y control del concierto singular de 29 de diciembre de 2000 establecido entre Sergas y Povisa, para la prestación de asistencia sanitaria especializada a los beneficiarios de la Seguridad Social.

Inspección y control de la calidad de los servicios prestados en centros concertados de la provincia de Ourense no que respecta a la inclusión del consentimiento informado en la historia clínica, a la codificación de los informes de alta y de la inclusión en la historia clínica del protocolo de seguimiento de las úlceras de presión.

Evaluación y estudio sanitario y económico de la actividad de RMN y TAC en los centros concertados derivados de centros sanitarios fuera de la provincia de Ourense.

Estudio y seguimiento de las derivaciones de pacientes desde el Servicio de Urgencias del H. General a los centros concertados de Lugo, cuyos diagnósticos no estén recogidos en el concierto vigente en la actualidad.

IV. *Ámbito de las prestaciones sanitarias y la mejora de la calidad asistencial.*

Inspección y comprobación en el primer trimestre del año que el 100% de los vehículos de ambulancias, incluidas en el modelo de transporte sanitario programado, cumplan con la normativa vigente.

Realizar un programa de inspección de control de calidad del transporte sanitario no urgente mediante la realización de inspecciones en un muestreo que incluya las siguientes actuaciones:

- Puntualidad: registro de la hora de llegada de los vehículos sanitarios a los centros sanitarios.
- Espera de los pacientes: registro del tiempo de la espera de los pacientes una vez rematada la asistencia sanitaria programada.
- Condiciones del servicio:
 - Identificación de la persona (as) trasladada (as). -Identificación de acompañante, si es el caso.
 - Condiciones en las que llega el servicio (en camilla, silla de ruedas, con soporte terapéutico, no deambula autosuficientemente, deambula autosuficientemente aunque, utilice muletas).
 - Presencia de ayudante de conductor si la situación clínica del paciente lo requiere.
 - Tipología del vehículo: correspondencia de la tipología con los parámetros de la normativa en relación a los pacientes trasladados.

Control de la adecuación en un muestreo de prescripciones de transporte sanitario para tratamientos prolongados mediante constatación directa del estado clínico de los pacientes.

Estudio, análisis y valoración en la Comunidad Autónoma de la situación de entregas económicas por desplazamiento.

Evaluación y análisis de las derivaciones de pacientes extraprovinciales.

Programa especial de inspección, valoración, evaluación y seguimiento de la situación del gasto, de la facturación y de la prescripción de la prestación ortoprotésica en la comunidad autónoma.

Finalización del estudio y análisis funcional, sanitario económico de las prótesis quirúrgicas fijas en todos los hospitales, tanto los propios del Sergas como los concertados.

Evaluación de la cartera de servicios de todos los centros del Sergas tanto de atención primaria como de atención especializada.

Estudio y análisis de la variabilidad clínica de los procedimientos más frecuentes en los hospitales del Servicio Gallego de Salud, en los hospitales fundaciones sanitarias y Povisa y en las áreas sanitarias.

V. *Ámbito de la tutela de los derechos de los usuarios: listas de espera.*

Programa especial de control evaluación y auditoria de las listas de espera de los hospitales de la Comunidad Autónoma de Galicia:

- Intervenciones quirúrgicas.
- Pruebas diagnósticas y terapéuticas.
- Consultas externas.

Actuaciones a llevar a cabo en todos los hospitales del Sergas, los hospitales fundaciones sanitarias, Povisa, y MEDTEC por lo que respecta a pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Análisis del tiempo medio de demora de los pacientes derivados de la lista de espera quirúrgica de las distintas especialidades a los diferentes centros concertados de la comunidad autónoma, desde su remisión hasta que son intervenidos en el centro concertado asignado. Inspección y control del cumplimiento de lo dispuesto a este respecto en la circular 25/04 de la Secretaría General del Sergas.

Vigilancia y control de las listas de espera para pruebas diagnósticas y terapéuticas en centros concertados de la comunidad autónoma.

Seguimiento y análisis del tiempo medio de espera de pacientes intervenidos en programas de autoconcertación en los centros propios.

VI. *Ámbito de la acreditación sanitaria y de la autorización y evaluación de centros sanitarios.*

Continuar con el programa de acreditación sanitaria de centros hospitalarios tanto públicos y concertados como privados en la Comunidad Autónoma de Galicia. Realización de auditorías.

Continuación de las reuniones del grupo de trabajo ya constituido, para proceder a:

- Revisión y propuesta de los criterios y estándares del protocolo de acreditación hospitalaria.
- La propuesta de nuevos estándares de calidad y la determinación de los criterios y dos mecanismos de acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, conforme a lo dispuesto en el artículo 21.14º de la LOSGA.
- Propuesta del desarrollo normativo de la LOSGA, respecto a los artículos 10.3º y 14.2º.

Realización de inspecciones de los centros sanitarios públicos y privados de reproducción humana asistida.

Continuar con la evaluación protocolizada de los servicios asistenciales donde se detecta una mayor problemática, de acuerdo con el contenido de las reclamaciones asistenciales y patrimoniales: servicios de cirugía general y digestiva, cirugía plástica y cirugía maxilofacial; servicios de traumatología y ortopedia; servicios de reumatología; servicios de urgencia, oftalmología, obstetricia y ginecología. Análisis y valoración de la posibilidad de establecer programas de gestión de riesgos sanitarios en dichos servicios.

Finalización de la evaluación y estudio sanitario y económico de la actividad en RMN y TAC en todos los hospitales del Sergas y en MEDTEC. Inspecciones de los centros sanitarios públicos y privados en materia de extracción e implante de órganos y tejidos.

Puesta en marcha de un nuevo programa informático en la Consellería de Sanidad de registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios, estudiando su posible utilización para la tramitación de los expedientes de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios mediante una aplicación on-line.

Protocolización de los procedimientos de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Coordinación de las unidades implicadas. Continuación de las reuniones del grupo de trabajo, ya constituido para la elaboración de los protocolos. Valoración de la inclusión en esta temática de los centros, servicios y establecimientos sanitarios farmacéuticos.

Continuar con el estudio de la repercusión de la normativa básica estatal de reciente publicación sobre centros, servicios y establecimientos sanitarios, y realizar, si fuese el caso, las adaptaciones necesarias de normativa de la Comunidad Autónoma de Galicia. Asimismo, en esta temática de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, continuar con la revisión de la normativa sanitaria vigente, en base a la experiencia acumulada, con vistas a su perfeccionamiento, simplificación y homogeneización de sus procedimientos.

Actuaciones que procedan para la renovación de la autorización sanitaria de todos los hospitales, tanto públicos como privados de la comunidad autónoma.

Programa de inspecciones de seguimiento y control a diferentes centros, servicios y establecimientos sanitarios de la comunidad autónoma. Subprograma especial de promoción de legalización administrativa de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la comunidad autónoma. Subprogramas especiales de inspecciones y controles a establecimientos de óptica y de ortopedia.

Continuación de los programas anuales de inspecciones a establecimientos balnearios.

(Actuación conjunta que se llevará a cabo mediante programa de colaboración entre la Inspección de servicios sanitarios y la Inspección de Salud Pública).

Castilla y León / Procedimiento de estaturización

El proceso de estaturización de funcionarios y laborales fijos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León obliga a optar por el régimen de dedicación normal o el de dedicación exclusiva, porque en caso de no ejercerla se entenderá que se opta por la exclusividad, según expresa la Orden 55/2005 publicada en esa autonomía. La estaturización es voluntaria, y permite solicitarla cuando se publique una nueva orden que desarrolle el procedimiento. Esa voluntariedad implica que de no acogerse a la estaturización, se conservará el régimen jurídico de origen, sin perjuicio de que la prestación del servicio se adapte a la organización de las instituciones sanitarias. La integración como estatutarios afectará tanto al personal sanitario como al no sanitario, aunque queda excluido el personal de alta dirección. Podrán optar por integrarse los trabajadores que estén en situación de servicio activo, los que tengan suspendida la relación laboral con reserva de puesto de trabajo, los que estén en situación de servicios especiales, y los que estén en excedencia voluntaria, siempre que se cumplan los requisitos de titulación necesarios, y que se presente la documentación durante el plazo de presentación de solicitudes en las oportunas convocatorias.

Otros documentos de interés en ADS:

- ADS n° 87 / Octubre 2002, pág. 789. Castilla y León / Acuerdo Marco de Ordenación de Recursos Humanos.
- ADS n° 54 / octubre 1999, pág. 604. Ley 30/1999, de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
- ADS n° 100 / Diciembre 2003, pág. 1014. Ley del Estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud.

Otros documentos de interés en LEX SANITAS:

- Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social
- Estatuto Jurídico del Personal Sanitario no Facultativo
- Estatuto Jurídico del Personal no Sanitario

ORDEN SAN 55/2005, de 18 de enero, por la que se desarrolla el procedimiento para la integración directa y voluntaria del personal funcionario y laboral fijo en la condición de personal estatutario.

(Boletín Oficial de Castilla y León de 01.02.2005)

El anexo I y la corrección de errores del 4.02.05 pueden solicitarse a la dirección ads@actualderechosanitario.com

Ya la Disposición Adicional Sexta de la Ley 30/1999 de 5 de octubre de la Jefatura del Estado, de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario de los Servicios de Salud recogió la previsión de integración directa en la condición de personal estatutario de quienes prestaren servicios en centros, instituciones o Servicios de Salud con la condición de funcionario de carrera o en virtud de contrato laboral fijo a fin de homogeneizar las relaciones de empleo de dicho personal.

La Ley 55/2003 de 16 de diciembre que aprueba el Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud deroga en su Disposición Derogatoria Única, entre otras, la Ley 30/1999 de 5 de octubre, citada. Ahora bien, en la cuestión que nos ocupa, la previsión contenida en dicha norma fue asimismo incluida en la Disposición Adicional Quinta de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, en términos similares.

Por otro lado, el artículo 46.2 de la Ley 1/1993 de 6 de abril de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León establece que la clasificación y régimen jurídico del personal de la Gerencia Regional de Salud deberá regirse por las disposiciones que respectivamente les sean de aplicación, atendiendo a su procedencia y a la naturaleza de su relación de empleo, hasta que se dicten las normas que regulen la homologación de este personal.

En esa línea, el Acuerdo Marco sobre Ordenación de los Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud para la Mejora de la Calidad de la Asistencia Sanitaria suscrito entre representantes de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma y las Centrales Sindicales CEM-SATSE, USCAL, UGT, CSI-CSIF, CCOO y SAE el día 29 de mayo de 2002 adopta el régimen estatutario como modelo de vinculación jurídica que regulará las condiciones laborales de los profesionales que prestan servicios en las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Respondiendo a las anteriores previsiones, la Junta de Castilla y León aprueba el Decreto 61/2004 de 27 de mayo que establece el procedimiento para la integración directa y voluntaria del personal funcionario y laboral fijo en la condición de personal estatutario ("B.O.C. y L." 02.06.2004, n.º 104). El artículo 3.2 de la citada norma cuando trata del derecho a la integración, establece que ésta se llevará a cabo en los términos y condiciones que en las disposiciones de desarrollo de este Decreto se señalen. Asimismo, la Disposición Final Primera habilita al Consejero de Sanidad para que, previo informe de la Consejería de Presidencia y Administración Territorial, dicte aquellas disposiciones que sean necesarias para el desarrollo de lo establecido en el citado Decreto.

En su virtud y previo cumplimiento de los trámites legales correspondientes,

DISPONGO

Artículo 1º. Objeto y ámbito de aplicación.

1) La presente Orden tiene por objeto el desarrollo del Decreto 61/2004, de 27 de mayo, por el que se establece el procedimiento para la integración directa y voluntaria en la condición de personal estatutario del personal funcionario y laboral fijo que preste o pueda prestar servicios en las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud.

2) Quedará comprendido dentro del ámbito subjetivo de la integración referida, el personal funcionario y laboral fijo que, con independencia de su carácter sanitario o no sanitario, preste o pueda prestar, en virtud de cualquier proceso de transferencia o traspaso entre administraciones Públicas, sus servicios en las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud.

Queda excluido del ámbito de aplicación el personal que, de acuerdo con el artículo 2.1.a del Estatuto de los Trabajadores y demás normas legales de aplicación, preste o pueda prestar sus servicios en virtud de relación laboral de carácter especial de alta dirección.

3) A tales efectos, podrán realizarse cuantas convocatorias sean precisas para garantizar que todo el personal citado en el apartado anterior, tanto el que se encuentra prestando actualmente sus servicios, como el que en un futuro pueda prestarlos en virtud de transferencia o traspaso, pueda ejercitar el derecho de integración voluntaria y directa en la condición de personal estatutario.

Las referidas convocatorias tendrán como único objeto el ejercicio del referido derecho de opción y la adquisición, en su caso, de la condición de personal estatutario fijo.

- 4) Igualmente a los meros efectos del procedimiento de integración, se entenderá por Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud:
- a) Todos los centros y servicios de las Gerencias de Atención Especializada, Gerencias de Atención Primaria, Gerencias de Emergencias Sanitarias y Centro Regional de Medicina Deportiva,
 - b) Los Hospitales que no hayan sido objeto de integración en alguna de las Gerencias de Atención Especializada,
 - c) Aquellos otros Centros o Servicios de carácter sanitario análogos a los anteriores integrados o que puedan integrarse en un futuro en la estructura organizativa de los Servicios Centrales o Periféricos de la Gerencia Regional de Salud.

Artículo 2º. Ejercicio del derecho de integración.

El derecho a la integración directa como personal estatutario fijo, se ejercerá mediante opción voluntaria de los interesados en las condiciones y de acuerdo con los requisitos que, conforme a las previsiones contenidas en el Decreto 61/2004, de 27 de mayo y en la presente Orden de desarrollo, se contengan en la correspondiente Orden de convocatoria.

Artículo 3º. Condiciones de la integración.

1) La integración se efectuará en la categoría y titulación equivalente del régimen estatutario que en cada caso corresponda, según Cuerpo, Escala o Categoría Profesional de origen.

A estos efectos, en el marco de las previsiones contenidas al respecto en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, en tanto se produce el desarrollo por parte de la Comunidad Autónoma de la ordenación de las diferentes categorías o grupos profesionales y se mantiene la vigencia de las clasificaciones contenidas en el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social, Estatuto Jurídico del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social y Estatuto de personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, las integraciones se efectuarán en las categorías básicas y titulaciones equivalentes, según las tablas de homologaciones contenidas en el Anexo I de esta Orden.

2) En el supuesto de que como consecuencia de la incorporación de nuevo personal en virtud de nuevas transferencias o traspasos a la Gerencia Regional de Salud, se aprecie la existencia de Cuerpos, Escalas o Categorías Profesionales no comprendidas en las Tablas de homologación contenidas en el Anexo I, se procederá a su modificación. Igualmente se procederá a la modificación del citado Anexo I de producirse el desarrollo autonómico de la ordenación del personal estatutario referido en el apartado precedente.

En ambos supuestos, la modificación del Anexo I se producirá mediante Orden de la Consejería de Sanidad, previo el cumplimiento de los mismos requisitos de informe y negociación establecidos para la presente Orden, por la cual se llevarán a cabo, en su caso, las incorporaciones que se estimen necesarias en la correspondiente Tabla en orden a la integración del nuevo personal, o bien se procederá, en el supuesto del desarrollo de la nueva ordenación, a su sustitución por la Tabla resultante de la nueva clasificación.

3) En el supuesto de que preste o pueda prestar servicio en las Instituciones Sanitarias objeto de convocatoria, personal funcionario o laboral fijo perteneciente a un Cuerpo, Escala o Categoría Profesional que no resulte subsumible en categoría estatutaria alguna homologable, conforme a la clasificación de personal estatutario vigente en cada caso y a la correspondiente Tabla de homologaciones, no procederá su integración en la condición de personal estatutario manteniendo su régimen funcional o laboral de origen.

Artículo 4º. Requisitos de integración.

1) Podrá optar por la integración en la condición de personal estatutario fijo el personal funcionario o laboral fijo de las Instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León a las que se refiera la correspondiente convocatoria que cumpla los siguientes requisitos:

- A) Que se encuentre en alguno de los supuestos siguientes:
- a) En situación de servicio activo en la condición de personal funcionario o laboral fijo, con destino definitivo o en adscripción provisio-

nal en la correspondiente Institución Sanitaria.

b) En situación que implique la suspensión en la relación de servicios laboral o funcional por alguna de las causas establecidas en la legislación vigente, con reserva del puesto de trabajo en la correspondiente Institución Sanitaria, así como en situación de servicios especiales, en el caso de personal funcionario.

c) En situación de excedencia voluntaria, siempre que se den las dos circunstancias siguientes: Haber accedido a la situación administrativa de excedencia voluntaria desde un puesto de trabajo que se encuentra en alguna de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud incluidas en el ámbito de la correspondiente convocatoria de integración, y no haber transcurrido el tiempo máximo de la excedencia prevista legalmente para cada caso.

B) Que cumpla los requisitos de titulación exigidos por la legislación general aplicable en cada caso, y por la específica que regule el ejercicio de la actividad profesional de que se trate.

2) Los requisitos han de reunirse en la fecha de finalización del plazo de presentación de las solicitudes de integración previstos en las correspondientes Órdenes de convocatoria de los distintos procesos de integración, debiendo mantenerse durante todo el proceso hasta su conclusión por la Resolución definitiva mediante Orden del Consejero de Sanidad. En caso contrario, el solicitante no podrá adquirir la condición de personal estatutario mediante el correspondiente nombramiento.

Artículo 5º. Efectos de la integración.

La resolución por la que se estime la solicitud de integración supondrá la adquisición de la condición de personal estatutario fijo al servicio de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, en los términos y condiciones previstas en el Decreto 61/2004.

El personal integrado quedará adscrito al puesto de trabajo de naturaleza estatutaria creado, conforme a las previsiones contenidas en la Disposición Adicional Segunda del Decreto 61/2004, en sustitución del puesto de trabajo funcional o laboral amortizado en la Institución Sanitaria de adscripción en la fecha de integración, manteniendo las mismas circunstancias de ocupación.

Artículo 6º. Personal no integrado.

El personal funcionario o laboral fijo que no opte por integrarse en el régimen estatutario o que, habiendo ejercido opción, no resulte integrado mantendrá su régimen jurídico de origen, sin perjuicio de que su prestación de servicios se adapte a las características y organización de las Instituciones Sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

A los efectos previstos en el artículo 2.º3 de la Ley 55/2003, la Consejería de Sanidad promoverá la adopción de las medidas precisas para que adquieran virtualidad las previsiones contenidas en el mismo en relación con el personal sanitario que no resulte integrado en el régimen estatutario.

Artículo 7º. Procedimiento.

Los procesos de integración a que se refiere la presente Orden se llevarán a cabo de acuerdo con el siguiente procedimiento:

1) Iniciación.

1) El procedimiento de integración se iniciará mediante Orden del Consejero de Sanidad que será objeto de publicación en el "Boletín Oficial de Castilla y León", cuyo contenido será al menos el siguiente:

- a) Instituciones Sanitarias que constituyan el ámbito de la correspondiente convocatoria.
- b) Personal objeto de la convocatoria.
- c) Tabla de homologaciones.
- d) Modelo de Solicitud de integración.

2) Solicitudes. En el plazo de 30 días naturales contados a partir del siguiente a la publicación de la Orden de convocatoria en el "Boletín Oficial de Castilla y León", el personal interesado en la integración deberá presentar su solicitud, según modelo establecido en la convocatoria, que se dirigirá al Excmo. Sr. Consejero de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Recursos Humanos. (Paseo de Zorrilla n.º 1 - 47007 Valladolid).

El personal que realice la opción aportará, junto con su solicitud, los siguientes documentos:

- a) Copia compulsada de la titulación académica exigida para su ingreso en el Cuerpo, Escala o Categoría profesional a la que pertenezca o, en su caso, del libro de escolaridad.
- b) En el caso de personal que se integre en categoría de Facultativo especialista, se aportará el título de especialista que lo habilite para el ejercicio de la especialidad para la que solicita la homologación.
- c) En el supuesto contemplado en la Disposición Adicional Sexta del Decreto 61/2004, el certificado de servicios prestados. Éste deberá indicar la disposición legal o reglamentaria por la que el personal funcionario o laboral fijo al que se refiere está autorizado o habilitado para el ejercicio de la concreta profesión de que se trate así como los servicios prestados que la amparan.
- d) El personal que ejercite el derecho de opción desde la situación prevista en el artículo 4.1.A.b), deberá aportar declaración o promesa de no hallarse inhabilitado, por sentencia firme, para el ejercicio de funciones públicas, o para el ejercicio de la correspondiente profesión, ni de haber sido separado, mediante expediente disciplinario, del servicio de cualquier Administración pública.

3) Solamente se considerarán válidas las solicitudes presentadas que estén debidamente diligenciadas por el centro correspondiente. A estos efectos tienen tal consideración las Gerencias de Atención Primaria o Especializada en las que, el personal funcionario o laboral fijo que ejerza el dere-

cho de opción, tenga su destino, reserve un puesto de trabajo o desde la que accedió a la excedencia voluntaria sin reserva de puesto. Cuando el puesto de trabajo no dependa de una Gerencia de Atención Primaria o Especializada la solicitud será diligenciada por el órgano superior al que dicho puesto se encuentre adscrito.

Las solicitudes se presentarán, preferentemente, en las unidades que realicen las funciones de registro en el correspondiente Centro, pudiendo presentarse también en las Gerencias de Salud de Área o en el registro de las Instituciones Sanitarias, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 38 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y en el artículo 15 del Decreto 2/2003, de 2 de enero, por el que se regulan los servicios de información y atención al ciudadano y la función de registro en la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

De las solicitudes presentadas se dará traslado con carácter inmediato a la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud.

2) Instrucción.

1) Tramitación. La Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León será la encargada de la instrucción del procedimiento de integración. A tal fin procederá a comprobar que las solicitudes de integración se encuentran completas, así como el cumplimiento de los requisitos de integración por parte de los solicitantes, pudiendo recabar los informes y la documentación que se estimen necesarios a tal fin, tanto de los propios Centros como de los trabajadores interesados.

2) Resolución provisional. Por Orden del Consejero de Sanidad, previa propuesta de la Dirección General de Recursos Humanos, se procederá a aprobar y hacer pública en el "Boletín Oficial de Castilla y León" la Relación Provisional de Integración, que recogerá la relación nominal del personal que habiendo ejercido su derecho de opción cumpla los requisitos exigidos para la integración, con expresión de los extremos relativos a la situación de origen e integración en la categoría profesional estatutaria correspondiente, así como del Centro de la Gerencia Regional de Salud al que queda adscrito el interesado.

Así mismo, citada Orden recogerá una relación nominal del personal que habiendo ejercido opción por la integración resulte excluido provisionalmente de la misma, debiendo especificarse la causa que la motiva.

Los interesados dispondrán de un plazo de treinta días naturales a contar desde el día siguiente a su publicación a los efectos de realizar las alegaciones que consideren oportunas, y que serán tenidas en cuenta en la Resolución definitiva por la que se ponga fin al procedimiento de integración.

3) Finalización.

1) Resolución definitiva y nombramiento.

Evaluada las posibles alegaciones, solicitados en su caso los informes necesarios, y efectuadas las correcciones oportunas, a propuesta de la Dirección General de Recursos Humanos, el Consejero de Sanidad mediante Orden, que se publicará en el "Boletín Oficial de Castilla y León", aprobará la relación definitiva de integración y nombrará personal estatutario fijo en la categoría correspondiente al personal que resulte integrado.

En la Orden se recogerán además de los datos personales que identifican al personal integrado los siguientes extremos:

- a) Categoría estatutaria en la que se resulta integrado.
- b) Centro de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León a que queda adscrito.
- c) Fecha de efectividad de la integración y del correspondiente nombramiento, que será el primer día del mes siguiente a la publicación de la Orden.

2) Causas de denegación de la integración.

Las solicitudes de integración en el régimen estatutario únicamente podrán ser desestimadas por los siguientes motivos:

- a) Presentación de la solicitud fuera de plazo.
- b) No reunir el solicitante los requisitos y condiciones de integración establecidos en los artículos 3.º y 4.º de la presente Orden, incluidos los relativos a la vinculación con las Instituciones Sanitarias a las que se refiera la correspondiente convocatoria.

3) Plazo máximo para resolver y efectos del silencio.

El plazo para la Resolución de los distintos procesos de integración será de seis meses a partir de la fecha en que finalice el plazo de presentación de solicitudes. Transcurrido dicho plazo sin que se haya hecho pública la Relación Definitiva de Integración podrán los interesados entender desestimadas sus pretensiones.

Artículo 8º. Toma de posesión.

1) Quienes adquieran la condición de personal estatutario estando en servicio activo, tomarán posesión sin solución de continuidad en el puesto de trabajo que vinieren desempeñando en su condición de personal funcionario o laboral fijo. De esta toma de posesión se dará traslado inmediato al Registro General de Personal de esta Consejería de Presidencia y Administración Territorial a los efectos procedentes.

2) El personal funcionario será declarado de oficio y por el órgano que en cada caso resulte competente, en situación de excedencia voluntaria

en el cuerpo o escala de procedencia, por prestar servicios en el sector público. Asimismo el personal laboral fijo será declarado de oficio en su condición de personal laboral en situación de excedencia por incompatibilidad.

3) Se comunicará igualmente al Registro General de Personal el nombramiento en la condición de personal estatutario fijo respecto de quienes adquieran esta condición desde situación distinta a la de servicio activo, a los efectos que correspondan en orden al cambio que proceda respecto de su situación administrativa como funcionarios o personal laboral.

En aquellos supuestos en que tuvieran reconocida reserva de puesto, pasarán en condición de estatutarios en la situación administrativa que corresponda pasando a tener reservado un puesto básico en el centro desde el que optaron. En caso contrario, de tratarse de supuestos de excedencia voluntaria sin reserva de puesto de trabajo, serán integrados como excedentes, y su reingreso al servicio activo se efectuará en la forma que determine la Ley 55/2003 y la normativa que en su desarrollo pueda dictar la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera.

1) El personal con vínculo temporal, de carácter funcional o laboral, que preste servicios en las Instituciones Sanitarias afectadas por una convocatoria de integración será integrado directamente en el régimen estatutario temporal, conforme a las siguientes reglas:

1.1) Se les expedirá, de reunir los requisitos de titulación exigidos por la normativa estatutaria, un nombramiento de carácter estatutario de naturaleza temporal.

1.2) La efectividad del referido nombramiento se producirá el primer día del mes siguiente a la publicación de la Orden por la que se ponga fin a la convocatoria de integración voluntaria del personal funcionario o laboral fijo de dicha Institución Sanitaria, extinguiéndose simultáneamente el vínculo temporal anterior.

1.3) No será de aplicación la integración directa en el régimen estatutario del personal temporal, de carácter funcional o laboral, en los siguientes supuestos, conservando su régimen funcional o laboral de origen:

a) Personal temporal cuyo cuerpo, escala o categoría no sea subsumible en la correspondiente estatutaria de acuerdo con las tablas de homologaciones previstas en la correspondiente Orden de Convocatoria de integración que resulte aplicable.

b) Personal temporal cuyo nombramiento o contrato de trabajo tenga por causa la sustitución de personal funcionario o laboral fijo con derecho a reserva de puesto de trabajo, cuando el titular de dicho puesto no ejercite la opción por la integración en el régimen estatutario. No obstante si con posterioridad a la resolución definitiva del correspondiente proceso de integración, el puesto de trabajo deja de estar ocupado por personal funcionario o laboral fijo o reservado, y de considerarse necesaria su reconversión en otro de naturaleza estatutaria, procederá la integración directa en el régimen estatutario del personal temporal que lo venía ocupando.

c) Personal laboral temporal cuyo contrato de trabajo se haya concertado para sustituir a personal laboral fijo que haya solicitado la jubilación al amparo de lo previsto en el Real Decreto 1194/1985, de 17 de julio. Una vez concluido el período mínimo de duración previsto para dichos contratos en la norma citada procederá su extinción.

2) A estos efectos se entiende incluido en el colectivo de personal laboral temporal, el que ostente la condición de contratado laboral indefinido por sentencia judicial, en aquellos casos en que el texto de la sentencia mantenga en vigor las causas de extinción del contrato de trabajo, o bien el fallo de la misma declare al trabajador como personal laboral indefinido no fijo, o indefinido hasta la provisión de la plaza por los procedimientos legalmente establecidos.

Segunda.

De acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria segunda de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 26 de diciembre de 1986 ("B.O.E." del 12 de enero de 1987), al personal que se homologue a la categoría de auxiliar de enfermería no le será exigido el título de formación profesional de primer grado rama sanitaria, siempre que a la entrada en vigor de la citada Orden se encontrase prestando servicios en la plaza de esa categoría que resulten debidamente acreditados.

Tercera.

1) El personal de la categoría de auxiliar sanitario podrá integrarse en las categorías estatutarias de auxiliar de enfermería o celador, según sean las funciones que venga realizando de manera estable y regular en la organización de trabajo en el centro y resulten debidamente acreditadas mediante certificación emitida por la dirección de éste.

2) En todo caso, será condición imprescindible reunir los requisitos de titulación exigidos por la legislación vigente para cada categoría de integración, sin menoscabo del establecido en la disposición adicional segunda de la presente Orden.

Cuarta.

1) El personal en situación de servicio activo que ejercite el derecho de opción a la integración en el régimen estatutario como facultativo deberá manifestar igualmente, en el momento que formalice su solicitud de integración, su opción por el régimen de dedicación normal o de dedicación exclusiva al sector público sanitario, con la consiguiente renuncia o solicitud de percepción del complemento específico, según lo previsto en la normativa vigente.

2) De no ejercer dicha opción, se entenderá, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, que opta por prestar sus servicios en régimen de dedicación exclusiva.

3) La opción por el régimen de dedicación normal o exclusiva se resolverá conjuntamente con la solicitud de integración.

DISPOSICIÓN FINAL

Primera. Se faculta al Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud para dictar cuantas instrucciones considere pertinentes para la aplicación de la presente Orden.

Segunda. La presente Orden entrará en vigor el día siguiente a su publicación en el "Boletín Oficial de Castilla y León".

Valladolid, 18 de enero de 2005. El Consejero de Sanidad, CÉSAR ANTÓN BELTRÁ.

NOVEDADES, CONGRESOS, RESUMEN DE PRENSA

Libros, reseñas



Guía de Consentimiento Informado

El consentimiento informado es un concepto que ha evolucionado con el tiempo hasta convertirse en pieza clave de la relación entre los profesionales y los pacientes una vez superada la tradicional concepción paternalista. Las leyes reguladoras de los derechos de las personas en el ámbito sanitario otorgan un protagonismo creciente a los pacientes en la toma de decisiones que les afectan, de modo que los profesionales sanitarios, además de los conocimientos y competencia técnica, tienen que ser capaces de ayudar a los pacientes a comprender la situación en la que se encuentran para poder decidir al respecto. Esta nueva realidad legal y su implicación en las relaciones clínico-asistenciales requiere de los profesionales sanitarios un esfuerzo mayor, pues tiene que transmitir la información necesaria sobre la que los pacientes sustenten sus decisiones, y además deben tener en cuenta que la actual regulación no sólo exige que se respete la autonomía del paciente, sino que ésta se formalice en determinados supuestos, cumpliendo ciertos requisitos.



La Comisión de Bioética de Castilla y León, haciéndose eco de las inquietudes y las dudas que los profesionales sanitarios han transmitido ante esta nueva situación, valoró la oportunidad de elaborar una guía de consentimiento informado que, desde el principio y en todo momento se apoyó desde la Consejería de Sanidad, conscientes del elevado nivel de exigencia que requiere su trabajo. El mayor esfuerzo se ha centrado en lograr un documento que responda de forma sencilla a todos estos interrogantes que se plantean los profesionales al aplicar la nueva normativa. Por tanto, nace con vocación de convertirse en una herramienta de apoyo que les ayude en su quehacer diario y que, al mismo tiempo, permita hacer realidad los derechos relativos a la autonomía del paciente, convirtiéndose así en una auténtica oportunidad de mejora en la relación con los pacientes, para conseguir una atención más humana que aumente su satisfacción con la asistencia y, de esta forma, minimizar las situaciones de conflicto.

Título: Guía de consentimiento informado de Castilla y León. **Edita:** Junta de Castilla y León. **Consejería de Sanidad.**

Páginas: 47. **Pedidos:** Junta de Castilla y León. **Consejería de Sanidad.**

Consulte los títulos de La Librería de ADS en Internet: www.actualderechosanitario.com/Lalibreria.htm.

Consumo y Control de drogas: Reflexiones desde la Ética

‘Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética’ es el resultado editorial de un nuevo proyecto de colaboración entre las Fundaciones de Ciencias de la Salud y de Ayuda contra la Drogadicción, edición que ha sido posible gracias al apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Se trata del conjunto de trabajos realizados por un grupo de expertos compuesto por sociólogos, médicos, psiquiatras, juristas, antropólogos, psicólogos y bioeticistas, al que se encomendó analizar los aspectos éticos de los dos conceptos fundamentales que focalizan los debates sociales en torno a las drogas: el de “consumo” y el de “control”. Se ha pretendido analizar la dimensión moral de los consumos y de los mecanismos para limitarlos, abordando cuestiones como la libertad de comportamiento personal, los derechos referidos a la seguridad colectiva, las exigencias de protección de los grupos más vulnerables, la legitimidad de las medidas restrictivas, la distinción entre los míni-



mos exigibles y aquellos otros límites que corresponden al ámbito de lo personal, la gradación y la lógica de los controles y sus posibles efectos negativos. Asuntos especialmente importantes en un momento como el actual, en el que el tipo de consumo está cambiando rápidamente hacia un perfil de consumidor joven, que ignora y banaliza las consecuencias y la representación colectiva sobre los problemas de drogas y sus posibles soluciones, lo que a su vez está influyendo en la revisión de las políticas y estrategias establecidas en las últimas décadas.

Título: Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética. Autor: Fundación Ciencias de la Salud.

Edita: Masson. Páginas: 228. Pedidos: La Librería de Instituto de Fomento Sanitario. E-mail: ads@actualderechosanitario.com.

Consulte los títulos de La Librería ADS en Internet: www.actualderechosanitario.com/Lalibreria.htm.

El bebé perfecto

Este libro ofrece información sobre todos los recursos y técnicas actualmente disponibles de la reproducción asistida y la prevención de problemas genéticos.

Glenn McGee intenta tranquilizar a los lectores mostrando con ejemplos que la ingeniería genética no hace sino continuar lo que la naturaleza misma y la humanidad han hecho desde siempre.

Además, deja bien claro que los factores que se descubren en el ADN nunca se desarrollan de forma previsible debido a la variedad de las circunstancias individuales de la vida.

La obra expone de manera accesible los argumentos éticos y científicos más importantes a favor y en contra de la manipulación genética, evaluando las críticas a la luz de casos concretos y de los recursos posibles. Tanto la información como las reflexiones optimistas que aporta invitan a pensar con serenidad muchos aspectos de la ingeniería genética.



Título: El bebé perfecto. Autor: Glenn McGee.

Edita: Gedisa. Páginas: 252. Pedidos: La Librería de Instituto de Fomento Sanitario. E-mail: ads@actualderechosanitario.com.

Consulte los títulos de La Librería ADS en Internet: www.actualderechosanitario.com/Lalibreria.htm.

Cursos, Formación

Curso del Institut Borja de Bioética

El Instituto Borja de Bioética (IBB) y la Universidad Ramón Llull han organizado el 'Curso de Iniciación y Fundamentación en Bioética', que se celebrará del 4 de abril al 30 de mayo de 2005 en Barcelona.

Entre los temas propuestos para el curso destacan 'Antropología Filosófica, Ética y Derechos Humanos, Habilidades en la Comunicación de los Profesionales Sanitarios, y el Diálogo Bioético'. Los directores del curso son Francesc Abel Fabre, Doctor en Medicina y Presidente del IBB y Nuria Terribas Sala, Licenciada en Derecho, Especialista en Bioderecho y Directora del IBB.

Más información en:

Teléfono: 93-6006106, Fax: 93-6006110.

bioetica@ibb.hsjdbcn.org

Reclamación de cuotas colegiales por personal transferido

Estima el TS el recurso de casación para la unificación de la doctrina interpuesto por el codemandado Instituto Madrileño de la Salud contra sentencia dictada en autos sobre reintegro de cuotas colegiales. Explica la Sala que el Insalud es el responsable del pago de las cantidades que se reclaman, ya que la norma sobre proceso autonómico hace recaer sobre la administración estatal, en todo caso, la responsabilidad del abono de los atrasos o cualesquiera indemnizaciones que correspondieran al personal transferido por causa de su situación anterior al traslado; debiéndose tener en cuenta que las cuotas colegiales objeto de tal reclamación son suplidos que debe hacer efectivos el empleador al empleado en cada uno de los meses en que se tuvieron que satisfacer al colegio profesional.

TS, Fecha: 6 de julio de 2004. Ponente: Luis Gil Suarez.

Representantes sindicales de Osakidetza con “solape” reconocido

La Sala estima la demanda interpuesta por el sindicato y declara el derecho de los representantes unitarios, delegados sindicales y delegados de prevención del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza que trabajan en régimen de turnos rotatorios a que se les compute como tiempo efectivo de trabajo los diez minutos correspondientes al “solape” cuando hacen uso del crédito horario. El TSJ manifiesta que el empleado que trabaja con este sistema tiene la obligación de prolongar su jornada ordinaria durante este tiempo complementario, y el correlativo derecho a que se le compute como jornada efectiva de trabajo y a que se contabilice a efectos del cumplimiento de la jornada máxima anual establecida en el acuerdo regulador. En otro caso, añade el Tribunal, los representantes afectados por el presente conflicto se verían perjudicados como consecuencia del necesario reajuste de su jornada a efectos del cumplimiento de la jornada anual, que no sufren los demás empleados que trabajan en las mismas condiciones, lo que conllevaría un trato discriminatorio, carente de justificación objetiva, con infracción de lo establecido en el ordenamiento jurídico.

TSJ País Vasco, Fecha: 19 de octubre de 2004. Ponente: Emilio Palomo Balda.

Reconocimiento de efectos jurídicos derivado de cambio de sexo

Acuerda el Juzgado estimar la demanda presentada y que la demandante tiene en la actualidad el sexo masculino reconociendo el nombre de la misma, así como las correspondientes rectificaciones de sexo y nombre en su inscripción de nacimiento y ello con todos los efectos jurídicos. En este caso se indica que el cambio de sexo tuvo lugar con cargo a la seguridad social que reconoce el trastorno de identidad sexual padecido, sin que este proceso haya terminado, sin embargo sí que ha tenido lugar una serie de “operaciones y tratamientos penosos que revelan que su decisión no es irreflexiva sino fruto de un deseo consciente de aliviar el sufrimiento involuntario” que padece desde su nacimiento. *Juzgado de 1ª Instancia de Valladolid, Fecha: 13 de diciembre de 2004. Ponente: Francisco Javier Pardo Muñoz.*

La FDA advierte del riesgo de cáncer en dos cremas para la dermatitis

La agencia Estadounidense del Medicamento (FDA) obligará a incorporar una etiqueta de advertencia de riesgo de cáncer en las cajas de dos de las cremas más prometedoras para tratar la dermatitis atópica: “Elidel” del laboratorio Novartis, y “Protopic”, de Fujisawa. La FDA considera que hay un “riesgo potencial” con su utilización y pide a los médicos que sólo prescriban estos productos cuando han fallado otros tratamientos. Cuando sea necesaria su prescripción, la agencia recomienda que el tratamiento se realice a corto plazo y como terapia intermitente. Recuerda que no se utilice en niños de menos de dos años y pide que no se utilice en niños y adultos con un sistema inmune debilitado. El laboratorio Fujisawa aseguró ayer que se está generando una alarma excesiva a pesar de que no se ha podido confirmar el riesgo y que la Academia Americana de Dermatología ya ha manifestado su desacuerdo con la FDA. *Abc, 12.03.05.*

Sanidad cerró 23 centros médicos en la región por irregularidades en 2004

Médicos especialistas que no disponen de la titulación requerida, clínicas de medicina general que encubren operaciones de estética, centros médicos que abren sin autorización....Así hasta sumar 23 historias distintas, que han supuesto el cierre cauteloso de otros tantos centros sanitarios privados de la región en 2004. La Orden procedía de los inspectores de la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección de la Consejería de Sanidad, que el año pasado realizaron cerca de 3.000 chequeos a centros médicos, ambulan-

cias e instalaciones para festejos taurinos de la Comunidad. Sus controles derivaron en 23 cierres cautelares, pero también en otras 25 suspensiones de actividad que pusieron en evidencia toda clase de irregularidades. Los centros públicos tampoco se libraron de los problemas. En total se presentaron 423 expedientes de responsabilidad patrimonial por supuestos fallos en la práctica clínica y 36 profesionales, tanto de atención primaria como especializada, se vieron afectados por expedientes disciplinarios. Según la directora general del departamento, Elisa Borrego, uno de los incumplimientos más detectados en los centros privados es la ausencia de autorización sanitaria, requisito imprescindible, junto a la licencia municipal, para poner en marcha una clínica. En estos casos, si no se tramita la documentación, el propietario deberá exponerse a un expediente sancionador y al posterior cirre. *Abc, 07.03.05.*

La ONU rechaza cualquier tipo de clonación humana

La Asamblea General de la ONU votó el pasado 8 de marzo a favor de prohibir cualquier tipo de clonación humana, incluyendo la terapéutica, con 84 votos a favor, 34 en contra y 37 abstenciones. España, sin embargo votó en contra de esta medida, sumándose a los países que apuestan por permitir la investigación con células madre extraídas de embriones clonados. El documento presentado oficialmente por Honduras-con el apoyo fundamental de Estados Unidos-no es vinculante, pero urge a todos los países del mundo adoptar leyes para prohibir la clonación con fines reproductivos y terapéuticos. La mayoría de los 84 países que votaron a favor son predominantemente católicos. España se alineó con Gran Bretaña, Bélgica y China, entre otros, y votó en contra de la declaración.

El representante de la delegación española en la votación, Jorge Romeu, tras recordar que España se opone firmemente a la clonación reproductiva de seres humanos, subrayó que la postura del Gobierno español “es distinta en lo que se refiere a la clonación con fines terapéuticos y es probable que sea contemplada de forma positiva en el proyecto de la futura Ley de Investigación Biomédica que está siendo actualmente objeto de elaboración por parte del Gobierno de España y que será sometida a la consideración del Parlamento en su día”.

El Mundo, 09.03.05.

Condena en Valencia por diagnosticar como afección psicológica un tumor

La Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del tribunal valenciano ha impuesto a la Consejería de Sanidad una indemnización de 40.000 euros por el daño moral ocasionado al marido de una paciente que falleció de un tumor cerebral. El reclamante afirmaba que ante la persistencia de las dolencias de su mujer, la Administración sanitaria diagnosticó que la paciente presentaba una “afección funcional psicológica” sin practicarle ninguna otra prueba, especialmente resonancias magnéticas y TAC cerebrales hasta 1999, cuando el estado de salud de la mujer era terminal. El esposo achacaba a la Administración sanitaria su “inoperancia y falta de rigor”, ya que “disponiendo de medios técnicos suficientes para diagnosticar el tumor que padecía y que se le descubrió en 1999, cuando ya era terminal, se abstuvo de realizar las pruebas de diagnóstico acordes con la sintomatología que presentaba, lo que impidió a la paciente la utilización de los tratamientos adecuados para luchar contra su enfermedad, altamente degenerativa”. El reclamante añadía que el posible “éxito o fracaso del tratamiento que se le hubiere podido aplicar, de descubrirse a su debido tiempo la existencia del tumor”, no justifica la “pasividad médica en cuanto al desarrollo de su ciencia médica para descubrir el alcance y contenido de la enfermedad de la paciente”.

Diario Médico, 04.02.05.

Madrid recurre la supresión de los precios de referencia

El Consejo de Gobierno de Madrid acordó el pasado 24 de febrero iniciar las acciones judiciales para proceder a la impugnación del RD 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley del Medicamento, y que ha supuesto la supresión del sistema de precios de referencia, una medida que el resto de las autonomías del PP podrían seguir. El vicepresidente primero y portavoz del Ejecutivo Regional, Ignacio González, explicó en la rueda de prensa que Madrid entiende que la medida no está justificada e insistió en que el Plan Estratégico de Política Farmacéutica del Ministerio debería haberse debatido en el Consejo Interterritorial.

Diario Médico, 25.02.05.

Un juez aplaza la desconexión de la mujer que lleva 15 años en coma

Un juez estadounidense postergó de nuevo el pasado 23 de febrero la desconexión de la máquina que mantiene con vida a una mujer en

coma, al señalar que requiere de más tiempo para analizar varios argumentos por los padres de Terri Schiavo. El magistrado Greer ordenó ampliar el plazo hasta las diez de la noche (hora GMT) del viernes 25 de febrero, mientras decide sobre una petición de Bob y Mary Schindler, padres de Terri, de someter a su hija a nuevos exámenes médicos y que se desetime al esposo de la mujer como su tutor. Los Schindler formularon la petición arguyendo que una nueva tecnología podría determinar mejor la actividad cerebral de su hija, quién ha pasado 15 años en estado vegetativo, por lo que debía ser sometida a esas pruebas antes de que se le permita al esposo retirar el tubo que la alimenta. Los Schindler argumentan que su hija jamás dijo que se le aplicara la eutanasia en caso de que se quedara en estado de coma, mientras que el marido sostiene lo contrario. Mientras, el gobernador de Florida, Jeb Bush, dijo que está viendo la manera de intervenir el caso para proteger a Terri. *Abc*, 24.02.05.

España irrumpe con cuatro proyectos en la investigación con células embrionarias

Una comisión de expertos nombrada por el Ministerio de Sanidad dió ayer luz verde a cuatro de los cinco proyectos con los que arrancará la investigación con células madre embrionarias en España. El informe de la Comisión de Donación y Tejidos Humanos era el último requisito necesario para que los investigadores españoles empiecen a trabajar con los embriones sobrantes de los tratamientos de fecundación “*in vitro*”. De hecho, la consejera de salud de Andalucía, María Jesús Montero, anunció nada más conocer el dictamen que la próxima semana se descongelará el primer embrión humano del Banco de Granada. Tres de los proyectos autorizados han sido promovidos y remitidos por la Junta de Andalucía y uno por la Comunidad Valenciana. Sin embargo, Cataluña, la tercera Comunidad que tiene otro centro de Medicina Regenerativa, aún no ha presentado ningún proyecto para comenzar a trabajar. Las investigaciones autorizadas permitirán avanzar en el conocimiento de enfermedades que afectan a gran número de personas como la diabetes o el párkinson. *Abc*, 24.02.05.

La receta electrónica reduce en un 50% los errores con fármacos

Hay un refrán que dice que errar es humano, y ésa parece ser una de las conclusiones fundamentales de las Jornadas sobre Seguridad del Paciente que la Fundación Avedis Donabedian ha celebrado en Madrid. “No podemos olvidar que la persona que comete un error no quiere hacerlo, y normalmente es imposible influir en las circunstancias personales que provocan una distracción, por lo que hay que incidir en las otras causas de las situaciones adversas”, ha explicado James Reason, profesor de psicología en la Universidad de Manchester y consultor en factores humanos relacionados con la gestión de riesgos. El experto sugiere actuar sobre el contexto-lugar y circunstancias de trabajo- y la tarea: según Reason, el 85 por ciento de los errores que se producen con medicación administrada por vía intravenosa se evitaría “si se comprobaba en el último minuto la etiqueta de lo que vamos a inyectar”. También sugiere informar a los pacientes de qué se les ha prescrito en el hospital para que vigilen por sí mismos los fármacos que le son administrados. *Diario Médico*, 18.02.05.

Ramona Maneiro no irá a prisión porque prescribió el delito de auxilio al suicidio

A falta de la resolución definitiva por parte del Ministerio fiscal, la titular del Juzgado de Instrucción número 2 de Ribeira (La Coruña), María Isabel Castro, ha emitido un auto por el que considera “extinguida la responsabilidad penal” de Ramona Maneiro por el delito de cooperación al suicidio del tetrapléjico gallego Ramón Sampedro. En el escrito al que ha tenido acceso *Abc*, la juez especifica que transcurrido un lapso superior a los tres años desde la acción delictiva (la amiga de Sampedro le auxilió en su muerte el 12 de enero de 1998), toda imputación que pesara sobre la acusada ha prescrito. El delito pues se esfumó. *Abc*, 18.03.05.

BOLETINES OFICIALES

BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO

Conductas de riesgo en VIH

Se ha publicado Resolución de la Secretaría General de Sanidad por la que se da publicidad al Convenio de Colaboración entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia y el Instituto de Salud Carlos III para la realización de un estudio de conductas de riesgo, resistencias a antirretrovirales y subtipaje del virus de la Inmunodeficiencia Humana.
RESOLUCIÓN de 21 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 10/02/05.

Control de riesgos de accidentes graves

El Ministerio de la Presidencia ha publicado Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1254/1999, de 16 de julio, por el que se aprueban medidas de control de los riesgos inherentes a los accidentes graves en los que intervengan sustancias peligrosas.
REAL DECRETO 119/2005, de 4 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 11/02/05.

Nombramientos

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado Orden por la que se nombra Secretario General del Consejo Asesor de Sanidad.
ORDEN SCO/247/2005, de 31 de enero. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 12/02/05.

Plazas Mir: corrección de errores

Se ha publicado Orden por la que se corrigen errores de la Orden SCO/3139/2004, de 27 de septiembre por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2004, para el acceso en el año 2005, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Químicos, Biólogos, Bioquímicos, Psicólogos y Radiofísicos Hospitalarios.
ORDEN SCO/288/2005, de 3 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 15/02/05.

Formación de enfermeras/os de empresa

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado Resolución del Instituto de Salud Carlos III por la que se convocan cursos regulares para la formación de enfermeras y enfermeros de empresa. RESOLUCIÓN de 19 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 15/02/05.

V jornadas de farmacovigilancia

Se ha publicado Resolución de la Secretaría General de Sanidad por la que se da publicidad al Convenio entre la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y el Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña para la organización de las V jornadas de Farmacovigilancia. RESOLUCIÓN de 4 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 23/02/05.

Subvenciones

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Prepresupuestarios por la que se da publicidad a las subvenciones concedidas durante el cuarto trimestre del ejercicio presupuestario de 2004.
RESOLUCIÓN de 28 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 24/02/05.

Productos cosméticos

Se ha publicado Real Decreto por el que se modifica el Real Decreto 1599/1997, de 17 de octubre sobre productos cosméticos.
REAL DECRETO 209/2005, de 25 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 26/02/05.

Becas de formación

Se ha publicado Resolución de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios por la que se renuevan las becas convocadas por Orden SCO/188/2004, de 28 de enero, Orden SCO/478/2002, de 19 de febrero y Orden SCO/790/2003, de 10 de enero por la que se establece las bases y se convocan becas de formación y perfeccionamiento de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
RESOLUCIÓN de 30 de diciembre de 2004. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 28/02/05.

Comité de Seguridad de Medicamentos

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado Orden por la que se nombran los miembros del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
ORDEN SCO/505/2005, de 22 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 04/03/05.

Técnico especialista

Se ha publicado Orden por la que se aprueba la relación provisional de aspirantes admitidos y excluidos al proceso selectivo para el ingreso por promoción interna en la Escala de Especialista Técnico de Organismos Autónomos, especialidad de Sanidad y Consumo y se anuncia la fecha, hora y lugar de celebración del primer ejercicio. ORDEN SCO/403/2005, de 10 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 24/02/05.

Expectativa de destino

Se ha publicado Orden por la que se declara en situación de expectativa de destino a los aspirantes que han superado el concurso-oposición del proceso extraordinario de consolidación de empleo, para la selección y provisión de plazas de Facultativo Especialista de Área de Medicina Preventiva y Salud Pública en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social dependientes del INSALUD.
ORDEN SCO/180/2005, de 21 de enero. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 07/02/05.

Expectativa de destino: modificación

Se ha publicado Orden por la que se modifica la Orden SCO/2153/2004, de 29 de junio, por la que se declaraba en situación de expectativa de destino a los aspirantes que han superado el concurso-oposición del proceso extraordinario de consolidación de empleo, para la selección y provisión de plazas de Facultativo Especialista de Área de la especialidad de Medicina Interna en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social dependientes del INSALUD. ORDEN SCO/305/2005, de 28 de enero. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 16/02/05.

OPE Extraordinaria: nombramientos

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado Orden por la que se nombra personal estatutario fijo y se asignan plazas a los adjudicatarios, en el proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario como Facultativo Especialista de Área de Angiología y Cirugía Vasculard, Farmacología Clínica, Cirugía Torácica, Cirugía Pediátrica, Neurofisiología Clínica, Medicina Intensiva, Oncología

Radioterápica, Medicina Nuclear y Facultativo Especialista de Área de Reumatología convocado por Orden de 4 y 26 de diciembre de 2001. ORDEN SCO/353/354/355 y 356/2005, de 3 de febrero y ORDEN SCO/393/394/395/396 y 419/2005 de 7 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 22/24 y 25/02/05.

A N D A L U C Í A

Procedimiento sancionador

La Consejería de Salud ha publicado Decreto por el que se desconcentran las competencias sancionadoras y se regulan determinados aspectos del procedimiento sancionador en materia de salud. DECRETO 20/2005, de 25 de enero. BOLETÍN OFICIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, 09/02/05.

Ficheros automatizados

Se ha publicado Orden por la que se regulan y suprimen los ficheros automatizados que contienen datos de carácter personal gestionados por la Consejería de Salud. ORDEN de 17 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, 10/02/05.

Comité autonómico de ensayos clínicos

La Consejería de Salud ha publicado Resolución de la Secretaría General de Calidad y Modernización por la que se cesan y nombran a determinados vocales del Comité Autonómico de Ensayos Clínicos de Andalucía.

RESOLUCIÓN de 3 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, 10/02/05.

Centro hospitalario de alta resolución

Se ha publicado Orden por la que se establece el Centro Hospitalario de Alta Resolución de Sierra de Segura y se le adscribe su gestión a la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. ORDEN de 7 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, 11/02/05.

Registro de implantes quirúrgicos

Se ha publicado Resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud por la que se modifica la programación temporal del proceso de puesta en funcionamiento del Registro de Implantes Quirúrgicos.

RESOLUCIÓN de 31 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, 18/02/05.

Consolidación de empleo: corrección de errores

Se ha publicado Resolución de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud, de corrección de errores de la de 12 de enero de 2005, por la que se inicia la fase de provisión del proceso extraordinario de consolidación de empleo para la selección y provisión de plazas de determinadas categorías de personal sanitario de Grupo A dependientes del Servicio Andaluz de Salud.

RESOLUCIÓN de 28 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, 10/02/05.

OPE Extraordinaria: primer procedimiento de provisión

Se ha publicado Resolución de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud por la que se aprueba la resolución definitiva del primer procedimiento de provisión del proceso extraordinario de consolidación de empleo para la selección y provisión de plazas de determinadas especialidades de Facultativos Especialistas de Área, Psicólogos y Técnicos de Función Administrativa y ATS/DUE y se anuncia la publicación de los listados definitivos en los tabloneros de anuncios de los Servicios Centrales del SAS y de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud, y se inicia el segundo procedimiento de provisión.

RESOLUCIÓN de 16/17/18 y 22 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, 01/03 y 04/03/05.

A R A G Ó N

Piercing y tatuaje

Se ha publicado Orden del Departamento de Salud y Consumo por la que se desarrollan requisitos mínimos que deben cumplir el personal y los establecimientos donde se llevan a cabo actividades de piercing, tatuaje y/o micropigmentación.

ORDEN de 12 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN, 11/02/05.

Servicios sanitarios concertados

Se ha publicado Orden del Departamento de Salud y Consumo por la que se incorporan al anexo I de la Orden de 29 de octubre de 2004 que regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios, la relación de procedimientos terapéuticos, servicios sociosanitarios y actividad asistencial, susceptibles de ser concertados con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón.

ORDEN de 2 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN, 16/02/05.

Subvenciones

Se ha publicado Orden del Departamento de Salud y Consumo por la que se da publicidad a las subvenciones concedidas en el año 2004 por el Servicio Aragonés de Salud. ORDEN de 24 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN, 18/02/05.

Relación de puestos de trabajo y anexo presupuestario

Se ha publicado Orden de los Departamentos de Presidencia y Relaciones Institucionales y de Economía, Hacienda y Empleo, por la que se modifica la Relación de Puestos de Trabajo y el Anexo Presupuestario de Personal del Departamento de Salud y Consumo.

ORDEN de 25 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN, 21/02/05.

Autorización establecimientos de óptica

Se ha publicado Decreto del Gobierno de Aragón por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de los establecimientos sanitarios dedicados a las actividades de óptica, ortopedia y audioprótesis en Aragón.

DECRETO 24/2005, de 8 de febrero.

BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN, 23/02/05.

Mapa sanitario

Se ha publicado Decreto del Gobierno de Aragón por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón.

DECRETO 25/2005, de 8 de febrero.

BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN, 23/02/05.

Habilitación profesional de protésico dental

Se ha publicado Orden del Departamento de Salud y Consumo por la que se convoca la prueba teórico práctica para obtener la habilitación profesional de Protésico Dental.

ORDEN de 7 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN, 23/02/05.

Habilitación profesional de higienista dental

El Departamento de Salud y Consumo ha publicado Orden por la que se convoca la prueba teórico práctica para obtener la habilitación profesional de Higienista Dental. ORDEN de 14 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN, 02/03/05.

Ley de Salud de Aragón: modificación

Se ha publicado Ley por la que se modifican determinados artículos de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

LEY 2/2005, de 24 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE ARAGÓN, 05/03/05.

A S T U R I A S**Centros de bronceado**

La Consejería de Salud ha publicado Decreto por el que se regulan los requisitos de formación del personal que presta servicios en centros de bronceado. DECRETO 13/2005, de 3 de febrero. BOLETIN OFICIAL DEL PRINCIPADO ASTURIAS, 17/02/05.

Servicios funerarios

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios ha publicado Decreto por el que se regula el derecho a la información y los derechos económicos de los usuarios de servicios funerarios. DECRETO 14/2005, de 3 de febrero. BOLETIN OFICIAL DEL PRINCIPADO ASTURIAS, 17/02/05.

Certificado de Técnico en Emergencias Sanitarias

Se ha publicado Resolución de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios por la que se convocan pruebas para la obtención del Certificado de Técnico en Emergencias Sanitarias, nivel I (TES 1) y nivel II (TES2).

RESOLUCIÓN de 15 de enero y 15 de febrero de 2005. BOLETIN OFICIAL DEL PRINCIPADO ASTURIAS, 17/02/05.

Actividades científicas y formativas

Se ha publicado Resolución de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios por la que se convocan subvenciones para la organización de actividades científicas y formativas. RESOLUCIÓN de 11 de febrero de 2005. BOLETIN OFICIAL DEL PRINCIPADO ASTURIAS, 17/02/05.

Actividades formativas de larga duración

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios ha publicado Resolución por la que se convocan ayudas para la asistencia a actividades formativas de larga duración. RESOLUCIÓN de 11 de febrero de 2005. BOLETIN OFICIAL DEL PRINCIPADO ASTURIAS, 17/02/05.

Subvenciones a asociaciones y fundaciones

Se ha publicado Resolución de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios por la que se convocan subvenciones a asociaciones y fundaciones sin ánimo de lucro entre cuyos objetivos se incluya la atención a pacientes o familiares de pacientes con enfermedades crónicas para el desarrollo de actuaciones de información, orientación, apoyo o rehabilitación de personas con enfermedades crónicas en el ámbito territorial del Principado de Asturias.

RESOLUCIÓN de 11 de febrero de 2005. BOLETIN OFICIAL DEL PRINCIPADO ASTURIAS, 17/02/05.

Subvenciones a asociaciones y fundaciones: corrección de errores

Se ha publicado Corrección de Error en la publicación de los anexos de la Resolución de 11 de febrero de 2005, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios por la que se convocan subvenciones a asociaciones y fundaciones sin ánimo de lucro entre cuyos objetivos se incluya la atención a pacientes o familiares de pacientes con enfermedades crónicas para el desarrollo de actuaciones de información, orientación, apoyo o rehabilitación de personas con enfermedades crónicas en el ámbito territorial del Principado de Asturias (BOLETIN OFICIAL del Principado de Asturias número 39, de 17 de febrero de 2005). BOLETÍN OFICIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, 22/02/05.

C A N A R I A S**Comité de expertos sobre financiación**

La Consejería de Sanidad ha publicado Orden por la que se corrige la Orden de 21 de diciembre de 2004, que crea el Comité de Expertos sobre Financiación y Sostenibilidad del Sistema Canario de la Salud. ORDEN de 24 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE CANARIAS, 08/02/05.

Premios de jubilación

La Consejería de Presidencia y Justicia ha publicado Resolución por la que se convocan los premios de jubilación para el personal estatutario del Servicio Canario de la Salud de la Consejería de Sanidad, correspondiente a los años 2002 y 2003.

RESOLUCIÓN de 4 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE CANARIAS, 09/02/05.

Gastos de personal

La Consejería de Sanidad ha publicado Orden por la que se delega en la Secretaria General Técnica del Departamento la competencia en materia de autorización de ampliación de créditos que amparan gastos de personal. ORDEN de 19 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE CANARIAS, 09/02/05.

Expectativa de destino

El Servicio Canario de Salud ha publicado Resolución del Director por la que se declara en situación de expectativa de destino a los aspirantes que superaron la fase de selección del proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas básicas de personal estatutario de la categoría de Técnicos de Salud Pública. RESOLUCIÓN de 16 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE CANARIAS, 25/02/05.

Provisión

Se ha publicado Orden por la que se resuelve la convocatoria para la provisión por el procedimiento de libre designación, de puestos de trabajo en la Consejería de Sanidad, efectuada por Orden de la Consejería de Presidencia y Justicia de 15 de noviembre de 2004.

ORDEN de 15 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE CANARIAS, 28/02/05.

CANTABRIA

Integración de personal estatutario

Se ha publicado Decreto 148/2004, de 30 de diciembre, por el que se establece el procedimiento y condiciones para la integración en la condición de personal estatutario, del Servicio Cántabro de Salud, de los funcionarios de carrera del Cuerpo Facultativo Superior-Especialidad Médico Titular de Atención Primaria- y del Cuerpo de Diplomados y Técnicos Medios-Especialidades ATS/DUE Titular de Atención Primaria y Matrona Titular de Atención Primaria- de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

DECRETO 148/2004, de 30 de diciembre. BOLETÍN OFICIAL DE CANTABRIA, 11/02/05.

Subvenciones de interés científico sanitario

Se ha publicado Corrección de Errores a la Orden SAN 8/2005, de 14 de enero por la que se establecen las bases y se convocan subvenciones con destino a financiar actividades de interés científico sanitario durante el año 2005, publicada en el BOC número 20, de 31 de enero de 2005.

BOLETIN OFICIAL DE CANTABRIA, 24/02/05.

Familia numerosa

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales ha publicado Orden por la que se crea la Tarjeta Acreditativa del Título de Familia Numerosa.

ORDEN SAN 12/2005, de 16 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE CANTABRIA, 03/03/05.

CASTILLA Y LEÓN

Demarcaciones asistenciales

La Consejería de Sanidad ha publicado Orden por la que se crean y modifican demarcaciones asistenciales médicas y de enfermería en Castilla y León.

ORDEN SAN/129/2005, de 17 de enero. BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN, 10/02/05.

Policía sanitaria mortuoria

Se ha publicado Decreto por el que se regula la policía sanitaria mortuoria en la Comunidad de Castilla y León.

DECRETO 16/2005, de 10 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN, 11/02/05.

Subvenciones para la realización de congresos

La Consejería de Sanidad ha publicado Orden por la que se convocan subvenciones para la realización de congresos, simposios, jornadas o reuniones científicas en materia de salud, por entidades o instituciones privadas sin ánimo de lucro, a celebrar en la Comunidad de Castilla y León durante el año 2005.

ORDEN SAN/158/2005, de 9 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN, 15/02/05.

Contratación de investigadores

Se ha publicado Orden por la que se convocan ayudas para cofinanciar la contratación de investigadores por instituciones de investigación sanitaria sin fines de lucro durante el año 2005.

ORDEN SAN/159/2005, de 9 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN, 15/02/05.

Colegio de protésicos dentales

La Consejería de Presidencia ha publicado Orden por la que se inscribe en el Registro de Colegios Profesionales y Consejos de Colegios de Castilla y León, la modificación del Estatuto particular del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Castilla y León.

ORDEN PAT/179/2005, de 4 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN, 17/02/05.

Subvenciones año 2005

Se ha publicado Orden por la que se convocan subvenciones para el año 2005 en materia de consumo destinadas a Organizaciones de Consumidores y Usuarios; para la realización de proyectos de investigación en materia de coordinación sociosanitaria; para la realización de proyectos de investigación en materia de gestión sanitaria; para la realización de acciones y programas en materia de salud pública por asociaciones, organizaciones, grupos de auto ayuda sanitaria, fundaciones o entidades privadas sin ánimo de lucro y subvenciones por las que se fijan los programas de actividades a realizar y se establece su financiación al amparo de los convenios de colaboración suscritos con Entidades Locales de la Comunidad de Castilla y León en materia de consumo para el año 2005. ORDEN SAN/160/161/162/163 y 183/2005, de 9 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN, 15/02/05.

Registro poblacional de cáncer

La Consejería de Sanidad y Consumo ha publicado Orden por la que se crea el Registro Poblacional de Cáncer de Castilla y León.

ORDEN SAN/205/2005, de 8 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN, 22/02/05.

Personal estatutario: integración voluntaria

Se ha publicado Orden por la que se convoca un proceso de integración voluntaria en la condición de personal estatutario de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para el personal laboral fijo del Hospital Militar de Burgos, incorporado a la Administración de la Comunidad de Castilla y León en virtud del Real Decreto 1511/2003 de 28 de noviembre, para la integración directa y voluntaria en la condición de personal estatutario de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León del personal funcionario y laboral fijo del Hospital San Telmo, incorporado a la Administración de la Comunidad de Castilla y León en virtud del Acuerdo 65/2004, de 27 de mayo, de la Junta de Castilla y León y para la de integración voluntaria en la condición de personal estatutario de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León del personal laboral fijo adscrito, tanto a las instituciones sanitarias procedentes del Instituto Nacional de la Salud transferidas mediante Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, como a las Instituciones Sanitarias que la Junta de Castilla y León gestionaba con anterioridad a dicha transferencia.

ORDEN SAN/220/221 y 222/2005, de 10 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN, 23/02/05.

Zonas farmacéuticas: corrección de errores

Se ha publicado Corrección de Errores de la Orden SAN/1994/2004, de 3 de diciembre por la que se establece la delimitación y actualización de las Zonas Farmacéuticas de la Comunidad de Castilla y León. BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN, 25/02/05.

Demarcaciones asistenciales: corrección de errores

Se ha publicado Corrección de Errores de la Orden SAN/129/2005, de 17 de enero por la que se crean y modifican Demarcaciones Asistenciales Médicas y de Enfermería en Castilla y León. BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN, 25/02/05.

Personal interino

La Consejería de Sanidad ha publicado Orden por la que se resuelve convocatoria pública para cubrir vacantes adscritas a la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, mediante el nombramiento de personal interino. ORDEN SAN/259/2005, de 17 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN, 02/03/05.

C A S T I L L A - L A M A N C H A

Precios sanitarios

Se ha publicado Resolución sobre precios a aplicar por sus centros sanitarios a terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a asistencia sanitaria. RESOLUCIÓN de 24/01/2005. DIARIO OFICIAL DE CASTILLA-LA MANCHA, 07/02/05.

Ayudas para proyectos de investigación en salud

La Consejería de Sanidad ha publicado Resolución de la Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria por la que se conceden ayudas para proyectos de investigación en salud, convocadas por Orden de la Consejería de Sanidad de 18/12/2003, modificada por Orden de la Consejería de Sanidad de 30/12/2004. RESOLUCIÓN de 26/01/2005. DIARIO OFICIAL DE CASTILLA-LA MANCHA, 08/02/05.

Servicio de ayuda a domicilio

Se ha publicado convocatoria de ayudas para la prestación del servicio de ayuda a domicilio extraordinaria durante 2005. DIARIO OFICIAL DE CASTILLA-LA MANCHA, 22/02/05.

Gastos de desplazamiento

La Consejería de Sanidad ha publicado Decreto de modificación del Decreto 9/2003, de 28 de enero de tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abono por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada de Castilla-La Mancha.

A continuación publicamos su articulado:

Artículo 1. Tiempos máximos de respuesta.

Se modifica el apartado 1 del artículo 3 del Decreto 9/2003, de 28 de enero, de tiempos máximos de respuesta, prestaciones garantizadas, tarifas y abono por gastos de desplazamiento en atención sanitaria especializada en Castilla-La Mancha, quedando redactado en los siguientes términos:

1) Los plazos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada, programada y no urgente, a los que se refiere el artículo 3 de la Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada, durante el periodo de vigencia de este Decreto, serán los que se indican a continuación:

- a) Intervenciones quirúrgicas garantizadas: 90 días.
- b) Consultas de atención especializada garantizadas: 15 días.
- c) Pruebas diagnósticas garantizadas: 7 días".

Artículo 2. Procedimientos y técnicas garantizadas.

Los procedimientos y técnicas de las diferentes especialidades en las modalidades de cirugía, consultas externas de especialistas y pruebas diagnósticas especializadas, para los que se garantizan los plazos previstos en el artículo anterior, son los que figuran en los artículos 7, 8 y 9 del Decreto 9/2003, de 28 de enero.

Disposición final. Entrada en vigor.

El presente Decreto entrará en vigor el 1 de febrero de 2005. DECRETO 8/2005, de 25 de enero. DIARIO OFICIAL DE CASTILLA-LA MANCHA, 28/01/05.

C A T A L U Ñ A

Órganos de participación de los centros hospitalarios

El Departamento de Salud ha publicado Edicto por el que se somete a información pública el Proyecto de decreto por el que se crean y se establecen las normas reguladoras de los órganos de participación de los centros hospitalarios gestionados por el Instituto Catalán de la Salud. EDICTO de 15 de febrero de 2005. DIARIO OFICIAL DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA, 15/02/05.

Precios de servicios sanitarios

El Instituto Catalán de la Salud ha publicado Resolución sobre la revisión de precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios que presta el Instituto Catalán de la Salud. RESOLUCIÓN SLT/405/2005, de 7 de febrero. DIARIO OFICIAL DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA, 23/02/05.

Provisión puestos de trabajo

Se ha publicado Resolución de convocatoria pública para la provisión por libre designación de varios puestos de adjunto/a de enfermería y de director/a de equipo de atención primaria del Ámbito de Atención Primaria Barcelona Ciutat (convocatoria CPA-1/2005) y (convocatoria CPD-1/2005). RESOLUCIÓN SLT/444 y 445/2005, de 7 de febrero. DIARIO OFICIAL DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA, 28/02/05.

E X T R E M A D U R A

Programa de formación en ciencias de la salud

La Consejería de Sanidad y Consumo ha publicado Resolución de la Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias, por la que se determinan las actividades docentes del Programa de Formación en Ciencias de la Salud de Extremadura 2005 y se realiza su Primera Convocatoria. RESOLUCIÓN de 26 de enero de 2005. DIARIO OFICIAL DE EXTREMADURA, 10/02/05.

Cooperación en salud para África

La Consejería de Presidencia ha publicado Resolución de la Secretaría General por la que se da publicidad al Convenio entre la Consejería de Bienestar Social y la Agencia Española de Cooperación Internacional para la participación de Extremadura en el Programa Vita de Cooperación en Salud para África. RESOLUCIÓN de 31 de enero de 2005. DIARIO OFICIAL DE EXTREMADURA, 12/02/05.

Hospitalización de pacientes psiquiátricos

Se ha publicado Resolución de la Secretaría General por la que se da publicidad a la prórroga al Convenio de Colaboración entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura y la Diputación Provincial de Badajoz y de Cáceres en materia de colaboración de hospitalización de pacientes psiquiátricos. RESOLUCIÓN de 7 de febrero de 2005. DIARIO OFICIAL DE EXTREMADURA, 12/02/05.

Consejo de colegios farmacéuticos

La Consejería de Presidencia ha publicado Decreto por el que se crea el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Extremadura. DECRETO 26/2005, de 9 de febrero. DIARIO OFICIAL DE EXTREMADURA, 15/02/05.

Relación de puestos de trabajo

El Servicio Extremeño de Salud ha publicado Resolución de la Dirección Gerencia por la que se modifica puntualmente la relación de puestos de trabajo de personal eventual de dicho Organismo Autónomo. RESOLUCIÓN de 18 de febrero de 2005. DIARIO OFICIAL DE EXTREMADURA, 26/02/05.

Becas de investigación

Se ha publicado Decreto por el que se establecen las bases reguladoras de las becas de investigación del Gabinete de Estudios y Análisis. DECRETO 56/2005, de 22 de febrero. DIARIO OFICIAL DE EXTREMADURA, 01/03/05.

G A L I C I A

Estructura orgánica

La Consejería de Sanidad ha publicado Decreto por el que se establece la estructura orgánica de la Consellería de Sanidad, del Servicio Gallego de Salud y del área sanitaria de Ferrol. DECRETO 13/14 y 15/2005, de 3 de febrero. DIARIO OFICIAL DE GALICIA, 07/02/05.

Finalización OPE Extraordinaria

Se ha publicado Resolución de la División de Recursos Humanos por la que finaliza el proceso extraordinario de consolidación de empleo de determinadas categorías de este organismo, se nombran a los aspirantes seleccionados como personal estatutario fijo del organismo y se adjudica a los participantes el destino definitivo correspondiente. RESOLUCIÓN de 24 de enero de 2005. DIARIO OFICIAL DE GALICIA, 07/02/05.

Delegación de competencias

Se ha publicado Orden de 3 de febrero de 2005 sobre delegación de competencias en órganos centrales y periféricos de la Consellería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud. ORDEN de 3 de febrero de 2005. DIARIO OFICIAL DE GALICIA, 08/02/05.

Sistema acreditador de la formación continuada

La Consejería de Sanidad ha publicado Orden por la que se modifica la de 1 de diciembre de 2000 que establece el procedimiento para solicitar la acreditación de actividades en el sistema acreditador de la formación continuada de las profesiones sanitarias en la Comunidad Autónoma de Galicia. ORDEN de 24 de enero de 2005. DIARIO OFICIAL DE GALICIA, 10/02/05.

Ceses y nombramientos

Se ha publicado Decreto por el que se dispone que cese Berta Cuña Estévez como directora general de la División de Farmacia y Productos Sanitarios del Servicio Gallego de Salud y por el que se nombra directora general de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consellería de Sanidad a Berta Cuña Estévez. DECRETO 18 y 19/2005, de 10 de febrero. DIARIO OFICIAL DE GALICIA, 11/02/05.

Consolidación de empleo

El Servicio Gallego de Salud ha publicado Resolución de la División de Recursos Humanos por la que finaliza el proceso extraordinario de consolidación de empleo de determinadas categorías del Servicio Gallego de Salud, se nombra a los aspirantes seleccionados como personal estatutario fijo del organismo y se adjudica a los participantes el destino definitivo correspondiente; se hacen públicos los acuerdos de los tribunales de determinadas categorías, relativos a la resolución definitiva de la fase de provisión del proceso extraordinario de consolidación de empleo de este servicio y se declaran, con carácter definitivo, los aspirantes admitidos y excluidos a la entrevista de la fase de provisión del proceso extraordinario de consolidación de empleo de la categoría de bibliotecario y se les convoca para la realización de la misma. RESOLUCIÓN de 11/12 y 15 de febrero de 2005. DIARIO OFICIAL DE GALICIA, 23/02/05.

Plan gallego de gripe

Se ha publicado Orden de creación de la comisión asesora del Plan gallego de preparación y respuesta a la pandemia de gripe. ORDEN de 18 de febrero de 2005. DIARIO OFICIAL DE GALICIA, 25/02/05.

Selección temporal

Se ha publicado Resolución de la División de Recursos Humanos por la que se procede a dar publicidad a los listados definitivos de aspirantes con la puntuación obtenida en la fase de baremación de méritos y la puntuación conseguida en la prueba práctica de la convocatoria de selección temporal de técnicos de gestión de sistemas y tecnologías de la información, y técnico especialista de sistemas y tecnologías de la información (resolución de la División de Recursos Humanos de 19 de mayo de 2004; Diario Oficial de Galicia número 102, del 28 de mayo). RESOLUCIÓN de 17 de febrero de 2005. DIARIO OFICIAL DE GALICIA, 28/02/05.

L A R I O J A

Servicio Riojano de Salud

Se ha publicado Ley por la que se modifica parcialmente la Ley 2/2002, de 17 de abril de Salud para adecuar el Organismo Autónomo "Servicio Riojano de Salud" a la Ley 3/2003, de 3 de marzo, de Organización del Sector Público de la Comunidad Autónoma de La Rioja. LEY 1/2005, de 11 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE LA RIOJA, 12/02/05.

Oposiciones del personal sanitario

Se ha publicado Resolución de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud por la que se aprueba la relación provisional de aspirantes admitidos y excluidos en la convocatoria de concurso oposición libre para el acceso a plazas de Facultativos Médicos de Familia, Pediatras, plazas de DUE y Auxiliares de Enfermería en Equipos de Atención Primaria dependientes del Servicio Riojano de Salud. BOLETÍN OFICIAL DE LA RIOJA, 12/02/05.

Jubilación y prórroga en el servicio activo

El Servicio Riojano de Salud ha publicado Resolución por la que se dictan instrucciones para la aplicación de la jubilación y la prórroga en el servicio activo al Personal Estatutario del Servicio Riojano de Salud. RESOLUCIÓN de 10 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA RIOJA, 15/02/05.

Estructura Orgánica de La Consejería

Se ha publicado Decreto por el que se establece la Estructura Orgánica y Funciones de la Consejería de Salud y de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud. DECRETO 6/2005, de 16 de febrero. BOLETIN OFICIAL DE LA RIOJA, 17/02/05.

Defensor del Usuario

Se ha publicado Decreto por el que se nombra Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja a don Eduardo Viladés Juan. DECRETO 8/2005, de 16 de febrero. BOLETIN OFICIAL DE LA RIOJA, 17/02/05.

Ceses y nombramientos

La Consejería de Salud ha publicado Decreto por el que se dispone el cese de doña Dolores Rubio Leonart como Directora General de Salud y Desarrollo Sanitario, de don José Ignacio Nieto García como Gerente del Servicio Riojano de Salud, de doña Inmaculada Fernández Navajas como Subdirectora General de Planificación y Recursos Humanos y de don Joaquín María Enrech Larrea como Subdirector General de Planificación y Desarrollo y ha publicado Decreto por el que se nombra Director General de Recursos Humanos Sanitarios a don José Ignacio Nieto García, Directora General de Salud Pública a doña Dolores Rubio Lleon Art, Director General de Planificación Financiera y de Sistemas de la Información a don Francisco Javier Ureña Larragán, Subdirectora General de Ordenación, Prestaciones y Autorización de Centros a doña Carmen Sáenz Pastor, Subdirectora General de Planificación y Recursos Humanos Sanitarios a doña Inmaculada Fernández Navajas y Subdirector General de Farmacia y Uso Racional del Medicamento a don José Ignacio Torroba Terroba. DECRETO 9/10/11/12/13/14/15/16/17 y 18/2005, de 18 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE LA RIOJA, 19/02/05.

Relación de puestos de trabajo/corrección de errores

La Consejería de Salud ha publicado Decreto por el que se aprueba la Relación de Puestos de Trabajo correspondientes a la Gerencia del Servicio Riojano de Salud y Corrección de Errores del Decreto 20/2005, de 25 de febrero por el que se aprueba la Relación de Puestos de Trabajo correspondientes a la Gerencia del Servicio Riojano de Salud. DECRETO 20/2005, de 25 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE LA RIOJA, 01/03/05.

M A D R I D

Hospital del Tajo

La Consejería de Sanidad y Consumo ha publicado Resolución de la Viceconsejería de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias por la que se modifica la denominación del Hospital de Aranjuez por la de Hospital del Tajo. RESOLUCIÓN de 3 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 07/02/05.

Distinciones honoríficas/corrección de errores

Se ha publicado Orden del Consejero de Sanidad y Consumo por la que se desarrolla el Decreto 106/2004 por el que se crean diversas distinciones honoríficas en la Sanidad Madrileña y se publica Corrección de Erratas de la Orden 62/2005, de 26 de enero del Consejero de Sanidad y Consumo por la que se desarrolla el Decreto 106/2004. ORDEN 62/2005, de 26 de enero. BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 14 y 18/02/05.

Fundación Jiménez Díaz

Se ha publicado Decreto del Consejo de Gobierno por el que se nombra a don Jorge Tapia Sáez Delegado del Gobierno de la Comunidad de Madrid en la Fundación "Jiménez Díaz". DECRETO 26/2005, de 10 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 17/02/05.

M U R C I A

Ayudas y subvenciones

La Consejería de Sanidad ha publicado Resolución de la Secretaría General de la Consejería de Sanidad por la que se publican las ayudas y subvenciones concedidas en el cuarto trimestre del ejercicio 2004. RESOLUCIÓN de 24 de enero 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, 08/02/05.

Convenios de colaboración

Se ha publicado Prórroga para 2005 del Convenio de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad, y la Unión General de Trabajadores de la Región de Murcia; la Federación de Asociaciones de Familiares y Enfermos de Alzheimer de la Región de Murcia para el desarrollo de un programa de intervención fisioterapéutica; el Colegio Oficial de Farmacéuticos, en materia de tasas afectadas por la tramitación y resolución de expedientes de Farmacia; el Comité de Apoyo a las Trabajadoras del Sexo en Materia de Programas de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA; el Ayuntamiento de Yecla, para el desarrollo del Plan Municipal de Drogodependencias del Área de Prevención de Drogodependencias; el Ayuntamiento de Totana, para el desarrollo del Plan Municipal de Drogodependencias del Área de Prevención de Drogodependencias; el Ayuntamiento de Jumilla, para el desarrollo del Plan Municipal de Drogodependencias del Área de Prevención de Drogodependencias; y la Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste, para el desarrollo del Plan Mancomunal de Drogodependencias del Área de Prevención de Drogodependencias así como el Convenio de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad, y la Fundación Integra, para el desarrollo de la actuación "Telemedicina" del Proyecto Molina Digital. BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, 09 y 11/02/05.

Plazas adjudicadas

La Consejería de Sanidad ha publicado Resolución de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se adjudican las plazas incluidas en la oferta de incorporación de personal sanitario para su integración directa en plazas de Equipos y de Área de Atención Primaria, que fue convocada por

Resolución de 16 de septiembre de 2004. RESOLUCIÓN de 31 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, 14/02/05.

Listado provisional de admitidos

Se ha publicado Resolución de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se determina modificar la resolución de 16 de diciembre de 2004, por la que se publica el listado provisional de admitidos y excluidos al procedimiento de acceso a la condición de personal estatutario, del personal laboral fijo y funcionario de carrera del Servicio Murciano de Salud, con el fin de subsanar error material. BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, 15/02/05.

Convenio para prestaciones sanitarias

La Consejería de Sanidad ha publicado Prórroga para el año 2005 del Convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado para la gestión de las prestaciones sanitarias. BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, 15/02/05.

Ayudas para enfermos crónicos

Se ha publicado Orden de la Consejería de Sanidad por la que se convocan para el año 2005, subvenciones a asociaciones destinadas a financiar Programas de Ayuda para Enfermos Crónicos. ORDEN de 26 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, 18/02/05.

Drogodependencias y Síndrome de Dwon

Se ha publicado Prórroga para 2005 del Convenio de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad, y el Ayuntamiento de Molina de Segura, para el desarrollo del Plan Municipal de Drogodependencias y y las Asociaciones Assido-Murcia y Asido-Cartagena para la formación práctica de personas con Síndrome de Down. BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, 19/02/05.

Espina bífida

Se ha publicado Convenio de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la Consejería de Sanidad, y la Asociación Murciana de Padres e Hijos con Espina Bífida (AMUPHEB), para la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria. BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, 21/02/05.

Ayudas por desplazamiento

Se ha publicado Orden y Resolución de la Consejería de Sanidad por la que se determinan las ayudas compensatorias a pacientes del Servicio Murciano de Salud por desplazamiento y estancia derivada de la asistencia sanitaria y por la que se determinan los tratamientos prolongados a que hace referencia la Orden de 21 de febrero de 2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se determinan las ayudas dispensatorias a pacientes del Servicio Murciano de Salud por desplazamiento y estancia derivada de la asistencia sanitaria. ORDEN de 21 de febrero de 2005 y RESOLUCIÓN de 22 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, 28/02/05.

Concurso de méritos de psiquiatría

La Consejería de Sanidad ha publicado Resolución de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se resuelve parcialmente, con carácter definitivo, el concurso de méritos convocado por la Resolución de esta Gerencia de 7 de junio de 2004 para la provisión de plazas del Cuerpo Superior Facultativo/Escala Superior de Salud Pública, en distintas opciones correspondientes a especialidades médicas del Servicio Murciano de Salud, en lo referido a la Especialidad de Psiquiatría. BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, 01/03/05.

Personal estatutario

Se ha publicado Resolución de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se nombra como personal estatutario fijo, en las correspondientes categorías y opciones estatutarias, al personal laboral fijo y funcionario dependientes de este Organismo que ha superado el procedimiento específico de integración establecido en la disposición adicional primera de la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud. BOLETÍN OFICIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA, 28/02/05.

N A V A R R A

Retribuciones complementarias

Se ha publicado Decreto por el que se modifica el Decreto Foral 44/2003, de 3 de marzo por el que se determinan y asignan las retribuciones complementarias de los puestos de trabajo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. A continuación publicamos su artículo único:

Artículo único. Modificación del artículo 7 del Decreto Foral 44/2003.

Se añade un nuevo párrafo al apartado 2 del artículo 7 del Decreto Foral 44/2003, de 3 de marzo, por el que se determinan y asignan las retribuciones complementarias de los puestos de trabajo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, con la siguiente redacción:

"El profesional que realice funciones de jefe de guardia en los centros hospitalarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en los que exista servicio de urgencias percibirá, además de la retribución correspondiente a las horas de guardia de presencia física o de jornada ordinaria, una cantidad adicional por la realización de estas funciones. A tal efecto, al personal que realice las funciones de jefe de guardia se le abonará, por cada hora de realización de las citadas funciones, el importe correspondiente al 50 por 100 de las retribuciones previstas para cada hora de guardia de presencia física." DECRETOS FORALES 374/2004, de 27 de diciembre. BOLETIN OFICIAL DE NAVARRA, 04/02/05.

Complemento de capitación y plus de dispersión geográfica

Se ha publicado Resolución de la Directora de Atención Primaria por la que se establecen los índices de ponderación de carga de trabajo, según tramos de edad, que se aplicarán sobre las Tarjetas Individuales Sanitarias para el cálculo del complemento de capitación y del plus de dispersión geográfica del personal médico y de enfermería de los Equipos de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. A continuación publicamos los citados índices:

RESUELVO:

1º) Establecer los índices de ponderación de carga de trabajo según tramos de edad que se aplicarán sobre las Tarjetas Individuales Sanitarias:

- 0 - 2 años: 4,050.
- 3 - 6 años: 2,100.
- 7 - 14 años: 1,193.

- 15 - 44 años: 1.
- 45 - 54 años: 1,480.
- 55 - 64 años: 2,284.
- 65 - 74 años: 3,497.
- >= 75 años: 5,048.

RESOLUCIÓN 102/2004, de 21 de diciembre. BOLETÍN OFICIAL DE NAVARRA, 07/02/05.

Grado de dispersión intramunicipal

Se ha publicado Resolución de la Directora de Atención Primaria por la que se establece el grado de dispersión intramunicipal a 1 de enero de 2003 asignado a cada puesto de trabajo de personal médico y de enfermería de los Equipos de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para el cálculo del complemento de capitación y del plus de dispersión geográfica.

RESOLUCIÓN 106, 107 y 108/2004, de 21 de diciembre. BOLETÍN OFICIAL DE NAVARRA, 18/02/05.

Denominación y funciones de negociados

Se ha publicado Orden de la Consejera de Salud por la que se modifica la denominación y funciones de diversos Negociados de la Secretaría Técnica del Departamento de Salud. ORDEN FORAL 4/2005, de 28 de enero. BOLETÍN OFICIAL DE NAVARRA, 22/02/05.

Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales

Se ha publicado Ley de creación del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Navarra.

LEY FORAL 1/2005, de 22 de febrero. BOLETÍN OFICIAL DE NAVARRA, 25/02/05.

Coefficiente de dispersión

Se ha publicado Resolución de la Directora de Atención Primaria por la que se establece el coeficiente de dispersión a 1 de enero de 2003 asignado a cada puesto de trabajo de personal médico y de enfermería de los Equipos de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para el cálculo del complemento de capitación y del plus de dispersión geográfica.

RESOLUCIÓN 103/2004, de 21 de diciembre. BOLETÍN OFICIAL DE NAVARRA, 25/02/05.

Especialista en Radiodiagnóstico

Se ha publicado Convocatoria para la provisión, mediante concurso oposición, de 18 puestos de trabajo de Técnico Especialista en Radiodiagnóstico (TER), para el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. BOLETÍN OFICIAL DE NAVARRA, 25/02/05.

Concurso de méritos: lista provisional de aspirantes

Se ha publicado Resolución del Director de Recursos Humanos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea por la que se aprueba la lista provisional de aspirantes admitidos y excluidos a la convocatoria para la provisión, mediante Concurso de Méritos, de un puesto de trabajo de Jefe de Unidad de Servicios Generales de Ambulatorios y Asistencia Extrahospitalaria (65912), de un puesto de trabajo de Jefe de Unidad de Servicios Auxiliares del Hospital Virgen del Camino (65999) y 6 vacantes de Facultativo Especialista de Área en Anestesiología y Reanimación del Organismo Autónomo Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

RESOLUCIÓN 67, 77 y 168/2005, de 18 de enero. BOLETÍN OFICIAL DE NAVARRA, 02/03/05.

35 puestos de trabajo/corrección de errores

Se ha publicado Corrección de Errores de la Resolución 1502/2004, de 21 de septiembre del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se aprueba la convocatoria para la provisión, mediante concurso de méritos, de 35 puestos de trabajo de Jefaturas de Sección y de Unidad no asistenciales, y Jefaturas de Unidad de Enfermería para diferentes Centros dependientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

BOLETÍN OFICIAL DE NAVARRA, 02/03/05.

P A Í S V A S C O

Comité Asesor de Vacunaciones

Se ha publicado Orden del Consejero de Sanidad por la que se dispone la renovación de los miembros del Comité Asesor de Vacunaciones de Euskadi (Grupo Infantil). ORDEN de 14 de enero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DEL PAÍS VASCO, 08/02/05.

Desfibriladores

El Servicio Vasco de Salud ha publicado Decreto por el que se regula el uso de desfibriladores externos automáticos por personal no médico.

DECRETO 16/2005, de 25 de enero. BOLETÍN OFICIAL DEL PAÍS VASCO, 09/02/05.

Ayudas para ampliación de estudios

Se ha publicado Resolución del Director General de Osakidetza por la que se conceden Ayudas para ampliación de estudios para la plantilla del Ente Público Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

RESOLUCIÓN 3296/2004, de 16 de noviembre. BOLETÍN OFICIAL DEL PAÍS VASCO, 09/02/05.

Tratamiento de toxicomanías

Se ha publicado Orden del Consejero de Sanidad de modificación de la Orden por la que se establecen ayudas económicas para el tratamiento de toxicomanías en comunidades terapéuticas no concertadas durante el año 2005 y se nombra a los miembros de la Comisión.

ORDEN de 1 y 2 de febrero de 2005. BOLETÍN OFICIAL DEL PAÍS VASCO, 15/02/05.

Destinos vacantes

Se ha publicado Resolución del Director General de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud por la que se procede a la publicación en el Boletín Oficial del País Vasco de los destinos vacantes en la categoría de Médico Especialista en Pediatría Hospitalaria, y en la categoría de Médico de Familia del grupo profesional de Facultativos Médicos, con destino en las organizaciones de servicios sanitarios de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

RESOLUCIÓN 215/2005, de 13 de enero y 341/2005, de 1 de febrero.

BOLETÍN OFICIAL DEL PAÍS VASCO, 22/02/05 y 02/03/05.

Corrección de errores

Se ha publicado Corrección de Errores de la Resolución 2972/2004, de 26 de julio, del Director General de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud por la que se procede a la adjudicación de destinos vacantes y al nombramiento como personal estatutario en la categoría de Médico de Familia del grupo profesio-

nal de Facultativos Médicos con destino en las organizaciones de servicios sanitarios de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. BOLETÍN OFICIAL DEL PAÍS VASCO, 21/02/05.

Ayudas

Se ha publicado Orden y Resolución del Consejero de Sanidad por la que se convocan ayudas dirigidas a Asociaciones y Grupos de Autoayuda sin ánimo de lucro en el campo de la salud, con sede oficial en la Comunidad Autónoma del País Vasco, cuyas actividades se relacionen con la Educación Sanitaria y la colaboración con el dispositivo asistencial público, ayudas para ampliación de estudios de la plantilla del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y ayudas para la organización de reuniones científicas a las organizaciones públicas de servicios sanitarios dependientes del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza-Servicio Vasco de Salud así como ayudas dirigidas a Asociaciones sin ánimo de lucro, con sede oficial en la Comunidad Autónoma del País Vasco, que trabajan en el campo del Sida. ORDEN de 8 y 15 de febrero de 2005 y RESOLUCIÓN 245 y 165/2005, de 24 de enero. BOLETÍN OFICIAL DEL PAÍS VASCO, 23 y 25/02/05 y 04/03/05.

V A L E N C I A

Agencia Valenciana de Salud

La Consejería de Sanidad ha publicado Decreto por el que se aprueban los Estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud. DECRETO 25/2005, de 4 de febrero. DIARIO OFICIAL DE LA GENERALIDAD VALENCIANA, 08/02/05.

Reglamento de La Consejería

La Consejería de Sanidad ha publicado Decreto por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad. DECRETO 26/2005, de 4 de febrero. DIARIO OFICIAL DE LA GENERALIDAD VALENCIANA, 08/02/05.

Ceses y nombramientos

Se ha publicado Decreto del Consell de la Generalitat por el que cesa el secretario autonómico para la Agencia Valenciana de la Salud, de la Conselleria de Sanidad, Manuel Cervera Taulat, y por el que se nombra a Manuel Cervera Taulat secretario autonómico de Sanidad, de la Conselleria de Sanidad. DECRETO 27 y 28/2005, de 4 de febrero. DIARIO OFICIAL DE LA GENERALIDAD VALENCIANA, 08/02/05.

Convenio entre Defensa y Sanidad/corrección de errores

Se ha publicado Corrección de Errores de la Resolución de 1 de febrero de 2005, de la Directora General de Relaciones con las Cortes y Secretariado del Gobierno de la Presidencia de la Generalitat Valenciana por la que se dispone la publicación de la cláusula adicional para el año 2004 al convenio de colaboración en materia sanitaria entre el Ministerio de Defensa y la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana. DIARIO OFICIAL DE LA GENERALIDAD VALENCIANA, 28/02/05.

OPE Extraordinaria

La Consejería de Sanidad ha publicado Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos por la que se inicia la fase de provisión del proceso extraordinario de consolidación de empleo para la selección y provisión de plazas de odontólogo. RESOLUCIÓN de 19 de enero de 2005. DIARIO OFICIAL DE LA GENERALIDAD VALENCIANA, 09/02/05.

Expectativa de destino

Se ha publicado Resolución del Director General de Recursos Humanos, por la que se declara en situación de expectativa de destino a los aspirantes que han superado el concurso-oposición del proceso extraordinario de consolidación de empleo para la selección y provisión de plazas de administrativo de la función administrativa y de plazas de matronas en las instituciones sanitarias dependientes de la Conselleria de Sanidad. RESOLUCIÓN de 18 y 20 de enero de 2005. DIARIO OFICIAL DE LA GENERALITAT VALENCIANA, 11/02/05.

Provisión de plazas

La Consejería de Sanidad ha publicado Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos por la que se resuelve el procedimiento de provisión iniciado en la Resolución de 4 de mayo de 2004, para la selección y provisión de plazas de facultativo especialista de área de Pediatría, Rehabilitación, Hematología y Hemoterapia, Microbiología y Parasitología, Cardiología, Análisis Clínicos y Urología en las instituciones sanitarias dependientes de la Conselleria de Sanidad. RESOLUCIÓN de 16/21/22 y 24 de febrero de 2005. DIARIO OFICIAL DE LA GENERALIDAD VALENCIANA, 28/02/05.