



SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

BOLETÍN DE DERECHO SANITARIO Y BIOÉTICA.

Nº 196 DICIEMBRE DE 2021.

Editado por la Secretaría General del Sescam.

ISSN 2445-3994

Revista incluida en Latindex

asesoria.juridica@sescam.jccm.es

EQUIPO EDITORIAL:

D. Vicente Lomas Hernández.

Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

D. Alberto Cuadrado Gómez.

Secretaría General. Servicio de Coordinación Jurídica del Sescam.

AVISO LEGAL. Se autoriza de manera genérica el acceso a su contenido, así como su tratamiento y explotación, sin finalidad comercial alguna y sin modificarlo. Su reproducción, difusión o divulgación deberá efectuarse citando la fuente.

SUMARIO:

-DERECHO SANITARIO-

1.-LEGISLACIÓN.

- I. LEGISLACIÓN COMUNITARIA. 3
- II.-LEGISLACIÓN ESTATAL: 3
- III.-LEGISLACIÓN AUTONÓMICA: 5

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

- ASPECTOS MÁS DESTACABLES DE LA LEGISLACIÓN SANITARIA CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE. 12

Vicente Lomas Hernández
Doctor en Derecho.
Licenciado en CC. Políticas.
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica.

3.- TRIBUNA:

VACUNACIÓN COVID EN MENORES DE EDAD.

- I. ¿HAY QUE VACUNAR A LOS MENORES CONTRA LA COVID-19? 16

Javier Sánchez-Caro.
Profesor honorario de la Escuela Nacional de Sanidad, académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina, Ex director de los servicios jurídicos del Instituto Nacional de la Salud y de la Unidad de bioética y Derecho Sanitario de la Comunidad de Madrid. Autor de trabajos y monografías sobre la Bioética y el Derecho Sanitario.

- II. PERSPECTIVA ÉTICA DE LA VACUNACIÓN INFANTIL FRENTE A LA COVID-19. 24

Vicente Andrés Luis.
Licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid.
Médico de Familia y Comunitaria.
Diplomado en Sanidad (ENS)
Doctor por la Universidad Complutense (Dpto. de Salud Pública. Programa de Ciencias socio-sanitarias y humanidades médicas).
Diploma Superior de Bioética (SESCAM-ENS)
Máster Universitario en Filosofía Teórica y Práctica (UNED)

III. VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES FRENTE A LA COVID-19: NUEVAS VACUNAS, NUEVOS CONFLICTOS ÉTICO-LEGALES-	30
--	----

Federico de Montalvo Jääskeläinen
Profesor propio agregado de Derecho Constitucional, ICADE, Comillas.
Presidente del Comité de Bioética de España.

IV. EL SINGULAR AUTO DE 10 DE DICIEMBRE DE 2021 DEL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA DE ICOD DE LOS VINOS.	40
--	----

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

<u>4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.</u>	45
-----------------------------------	----

<u>5.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.</u>	62
---------------------------------------	----

-NOTICIAS-

- Selección de las principales noticias aparecidas en los medios de comunicación durante el mes de diciembre 2021 relacionadas con el Derecho Sanitario y/o Bioética.	63
---	----

-BIOÉTICA y SANIDAD-

<u>1.- CUESTIONES DE INTERÉS.</u>	64
-----------------------------------	----

<u>2.- FORMACIÓN Y PUBLICACIONES.</u>	66
---------------------------------------	----

-DERECHO SANITARIO-

1-LEGISLACIÓN

I. LEGISLACIÓN COMUNITARIA.

- Reglamento (UE) 2021/2282 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de diciembre de 2021 sobre evaluación de las tecnologías sanitarias y por el que se modifica la Directiva 2011/24/UE.

boe.es

II. LEGISLACIÓN ESTATAL.

- Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital.

boe.es

- Ley 22/2021, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2022.

boe.es

- Ley Orgánica 11/2021, de 28 de diciembre, de lucha contra el dopaje en el deporte.

boe.es

- Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.

boe.es

- Real Decreto-ley 30/2021, de 23 de diciembre, por el que se adoptan medidas urgentes de prevención y contención para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

boe.es

- Real Decreto 1152/2021, de 28 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social; el Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de modificación parcial de la Tesorería General de la Seguridad Social; el Real Decreto 504/2011, de 8 de abril, de estructura orgánica y funciones del Instituto Social de la Marina; y el Real Decreto 497/2020, de 28 de abril, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

boe.es

- Real Decreto 1076/2021, de 7 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.

boe.es

- Real Decreto 1129/2021, de 21 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI), en relación con el procedimiento de reconocimiento de cualificaciones profesionales.

boe.es

- Real Decreto 1120/2021, de 21 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 258/1999, de 12 de febrero, por el que se establecen condiciones mínimas sobre la protección de la salud y la asistencia médica de los trabajadores del mar.

boe.es

- Real Decreto 1123/2021, de 21 de diciembre, de ampliación de los medios traspasados a la Comunidad de Madrid por el Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, en materia de asistencia sanitaria.

boe.es

- Acuerdo internacional administrativo, para el período 2021-2022, entre el Ministerio de Sanidad del Reino de España y la Organización Mundial de la Salud, para llevar a cabo actividades de cooperación en materia de donación y trasplante de órganos, células y tejidos humanos, al amparo del Acuerdo Marco de Cooperación entre el Reino de España y la Organización Mundial de la Salud de 12 de septiembre de 2001, hecho en Madrid y Ginebra el 28 de octubre de 2021.

boe.es

- Orden SND/1505/2021, de 21 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

boe.es

- Resolución de 10 de diciembre de 2021, de la Secretaría General de Industria y de la Pequeña y Mediana Empresa, por la que se efectúa la convocatoria de Profarma (2021-2022): Fomento de la competitividad en la Industria Farmacéutica.

boe.es

- Resolución de 22 de diciembre de 2021, de la Mutuality General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el Concierto suscrito con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma durante los años 2022, 2023 y 2024.

boe.es

- Resolución de 28 de diciembre de 2021, de la Subsecretaría, por la que se publica el Convenio entre el Ministerio de Sanidad y la Universidad Nacional de Educación a Distancia, para facilitar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud, el acceso al Diploma de Experto Universitario en Evaluación de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias en el SNS y al Diploma de Especialista Universitario en Evaluación de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias en el SNS.

boe.es

III. LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.

CASTILLA LA MANCHA

- Ley 8/2021, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para 2022.

docm.es

- Orden 174/2021, de 16 de noviembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se amplían los procesos con garantía del Decreto 91/2018 del derecho a la segunda opinión médica.

docm.es

- Resolución de 23/07/2021, de la Dirección-Gerencia, por la que aprueban los modelos de contratos económicos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos, de investigaciones clínicas con productos sanitarios y de estudios observacionales con medicamentos de uso humano/productos sanitarios, en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

docm.es

- Resolución de 03/12/2021, de la Dirección-Gerencia, que modifica la Resolución de 15/11/2017, sobre las condiciones económicas aplicables a la prestación de determinados servicios de asistencia sanitaria a través de medios ajenos, en el ámbito de gestión del Sescam.

docm.es

COMUNIDAD VALENCIANA.

- Decreto 200/2021, de 10 de diciembre, del Consell, de regulación en materia de personal de los efectos de la extinción del contrato de gestión de servicios públicos por concierto para la realización de técnicas de diagnóstico por imagen mediante equipos de resonancia magnética.

dogv.es

ARAGÓN

- Ley 9/2021, de 30 de diciembre, de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón para el ejercicio 2022.

boe.es

- Decreto 181/2021, de 15 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Decreto 122/2020, de 9 de diciembre, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud.

boa.es

CANARIAS

- DECRETO 140/2021, de 23 de diciembre, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público del personal estatutario de los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud para 2021 y la Oferta de Empleo Público adicional, para la estabilización del empleo temporal del personal estatutario de los órganos de prestación de servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud.

boc.es

MADRID

- Decreto 241/2021, de 22 de diciembre, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la Comunidad de Madrid para el año 2021.

bocm.es

CANTABRIA

- Ley de Cantabria 11/2021, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas.

boe.es

- Decreto 120/2021, de 30 de diciembre, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público Ordinaria de Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria para el año 2021.

boc.es

- Resolución por la que se ordena la publicación del Acuerdo por el que se autoriza la ampliación del periodo de disfrute de vacaciones y permisos al personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.

boc.es

PAÍS VASCO

- DECRETO 244/2021, de 14 de diciembre, de creación y regulación del funcionamiento del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de Euskadi.

bopv.es

- ACUERDO de 28 de octubre de 2021, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio Vasco de salud, por el que se modifica la estructura de la organización central.

bopv.es

- ORDEN de 26 de julio de 2021, de la Consejera de Salud, por la que se aprueba el reglamento de orden interno de la Comisión de Garantía y Evaluación en Materia de Eutanasia en Euskadi.

bopv.es

CASTILLA Y LEÓN

- Orden SAN/1524/2021, de 1 de diciembre, por la que se modifica el artículo 20 de la Orden SAN/713/2016, de 29 de julio, por la que se regulan las bases comunes para la constitución de bolsas de empleo de personal estatutario temporal, de los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, y se regula el funcionamiento de las mismas.

bocyl.es

GALICIA

- Orden de 7 de diciembre 2021 Crea y se regula el Comité Clínico de Cirugía Robótica.

dog.es

BALEARES

- Decreto ley 9/2021, de 23 de diciembre, de medidas urgentes en determinados sectores de actividad administrativa.

boib.es

- Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de diciembre de 2021 por el cual se aprueba la oferta de ocupación pública para el año 2021 del personal estatutario dependiente del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

boib.es

- Circular 1/2021, de 17 de diciembre, de la consejera de Salud y Consumo por la que se establecen criterios interpretativos para la aplicación del punto segundo del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 13 de diciembre de 2021 por el que se establecen condiciones excepcionales en el régimen de visitas, salidas y trabajo en los servicios sociales, por el que también se establecen condiciones excepcionales para el trabajo en los centros y establecimientos sanitarios y por el que se concreta el alcance de las medidas temporales y excepcionales en el ámbito de la actividad de los establecimientos de restauración que se establecieron por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 29 de noviembre de 2021.

boib.es

CATALUÑA

- Ley 2/2021, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, financieras, administrativas y del sector público.

boe.es

- Resolución SLT/3836/2021, de 27 de diciembre, por la que se da publicidad al Acuerdo de 22 de diciembre de 2021 del grupo de trabajo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, por el que se prorroga el Plan de ordenación de recursos humanos 2016-2020 del Instituto Catalán de la Salud.

dogc.es

- Acuerdo GOV/207/2021, de 21 de diciembre, por el que se aprueba la oferta de ocupación pública de la Generalitat de Catalunya para el año 2021.

dogc.es

- Acuerdo GOV/206/2021, de 21 de diciembre. Modifica, en aquello relativo al Comité Asesor de Ética Pública, el Acuerdo GOV/82/2016, de 21-6-2016 (LCAT 2016\325), por el que se aprueba el Código de conducta de los altos cargos y personal directivo de la Administración de la Generalitat y de las entidades de su sector público, y otras medidas en materia de transparencia, grupos de interés y ética pública.

dogc.es

- Resolución SLT/3769/2021, de 21 de diciembre, por la que se adoptan medidas en materia de contratación de recursos humanos para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

dogc.es

NAVARRA

- Ley Foral 18/2021, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales de Navarra para el año 2022.

bon.es

- Decreto Foral 110/2021, de 15 de diciembre, por el que se aprueba la oferta parcial de empleo público del personal sanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra del Departamento de Salud de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos del año 2021, conforme a la estabilización prevista en la Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021, correspondiente a la tasa de estabilización prevista en la Ley 3/2017, de 27 de junio (BON de 30 de diciembre de 2021).

bon.es

- Decreto Foral 117/2021, de 22 de diciembre, por el que se aprueba la oferta parcial de empleo público del personal sanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea del Departamento de Salud de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos del año 2021, que comprende plazas desiertas de la oferta pública de empleo correspondiente a la tasa de estabilización prevista en la Ley 3/2017, de 27 de junio.

bon.es

- Decreto Foral 115/2021, de 22 de diciembre, por el que se aprueba la oferta parcial de empleo público del personal sanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra del Departamento de Salud de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos correspondiente al año 2021, relativa a la tasa de reposición prevista en la Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021.

bon.es

- Orden Foral 294E/2021, de 9 de diciembre, de la consejera de Salud, por la que se inicia el procedimiento para la elaboración del proyecto de Orden Foral que regula la organización del Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la prestación de ayuda a morir.

bon.es

LA RIOJA

- Decreto 81/2021, de 29 de diciembre, por el que se establece la competencia y el procedimiento para la acreditación de las enfermeras y enfermeros para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

bor.es

- Decreto 78/2021, de 22 de diciembre, por el que se regulan los anticipos reintegrables en nómina para el personal funcionario, estatutario y laboral al servicio de la Administración General de la Comunidad Autónoma de La Rioja y sus Organismos Autónomos.

bor.es

- Resolución de 20 de diciembre de 2021, de la Dirección de Recursos Humanos del Servicio Riojano de Salud, por la que se aprueban las normas para la formación de listas de empleo temporal en categorías de personal estatutario no facultativo del Servicio Riojano de Salud.

bor.es

MURCIA

- Orden de 17 de diciembre de 2021 de la Consejería de Salud, relativa al sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) como enfermedad de declaración obligatoria en la Región de Murcia.

borm.es

- Orden de 27 diciembre 2021 Aprueba el Plan de Urgencias de Oficinas de Farmacia en la Región de Murcia, para el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2022.

borm.es

ANDALUCÍA

- Decreto Ley 29/2021, de 28 de diciembre, por el que se autoriza al Servicio Andaluz de Salud para contratar a personal laboral temporal.

boja.es

- Decreto 291/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias M.P., se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio.

boja.es

- Decreto 292/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente de Almería, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio.

boja.es

- Decreto 293/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio.

boja.es

- Decreto 294/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio.

boja.es

- Orden de 22 de diciembre de 2021, por la que se aprueba el Plan Anual de la Inspección de Servicios Sanitarios para el año 2022.

boja.es

- Resolución de 30 de noviembre de 2021, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre gestión y control del visado de recetas.

boja.es

2.- LEGISLACIÓN COMENTADA:

Vicente Lomas Hernández
Doctor en Derecho.
Licenciado en CC. Políticas.
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica.

1. REAL DECRETO 1150/2021, DE 28 DE DICIEMBRE, POR EL QUE SE APRUEBA LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD NACIONAL 2021.

La disposición reglamentaria, entre las distintas medidas que contempla para hacer frente a situaciones de crisis, incluye:

- *L.A. 9. Desarrollar el modelo de gestión integral de crisis en el Sistema de Seguridad Nacional a través de la elaboración de un reglamento de gestión de crisis; la implantación de un sistema de alerta temprana basado en indicadores; la creación de un catálogo de recursos y de planes de preparación y disposición de recursos; y el diseño de un Plan de ejercicios de preparación en el marco de la Seguridad Nacional.*
- *L.A.10. Crear la Reserva Estratégica basada en capacidades nacionales de producción industrial con una triple orientación:*
 - *c) Salva guardar la base industrial que suministra recursos de primera necesidad y carácter estratégico, como pudieran ser componentes electrónicos, materiales estratégicos, maquinaria de alta tecnología, aeronáutica, semiconductores, química esencial, equipos agrarios avanzados, tecnología de la comunicación o equipos sanitarios, entre otros.*
- *L.A. 11. Modernizar el sistema de vigilancia nacional de Salud Pública a través de la renovación de las tecnologías sanitarias y los sistemas de información. La Estrategia Digital del Servicio Nacional de Salud incluirá medidas para mejorar la prevención, el diagnóstico, la vigilancia y la gestión de la salud en un marco de gobernanza con las Comunidades Autónomas.*

2. LEY 19/2021, DE 20 DE DICIEMBRE, POR LA QUE SE ESTABLECE EL INGRESO MÍNIMO VITAL.

Modificación del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

Se modifica el artículo 102 para añadir una letra f) a su apartado 8: «f) *Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.*» De este modo las personas beneficiarias del ingreso mínimo vital se encuentran exentas de la aportación de los usuarios a la prestación farmacéutica ambulatoria.

3. LEY 22/2021, DE 28 DE DICIEMBRE, DE PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO PARA EL AÑO 2022.

La Disposición adicional centésima trigésima procede a la creación de la Agencia Española de Supervisión de Inteligencia Artificial, que actuará con plena independencia orgánica y funcional de las Administraciones Públicas, de forma objetiva, transparente e imparcial, llevando a cabo medidas destinadas a la minimización de riesgos significativos sobre la seguridad y salud de las personas, así como sobre sus derechos fundamentales, que puedan derivarse del uso de sistemas de inteligencia artificial.

4. REAL DECRETO-LEY 30/2021, DE 23 DE DICIEMBRE, POR EL QUE SE ADOPTAN MEDIDAS URGENTES DE PREVENCIÓN Y CONTENCIÓN PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR LA COVID-19.

Autoriza de forma excepcional y transitoria a las comunidades autónomas, al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y al Ministerio de Defensa, la contratación de aquellos profesionales sanitarios incluidos en el ámbito de aplicación de los párrafos b), c) y d) del artículo 8 del Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea.

El contrato suscrito permitirá el desempeño de actividad asistencial, que deberá ser supervisada por los profesionales de plantilla, y podrá prolongarse por sucesivos períodos de tres meses hasta un máximo de doce.

5. REAL DECRETO 1152/2021, DE 28 DE DICIEMBRE, POR EL QUE SE MODIFICA EL REAL DECRETO 1300/1995, DE 21 DE JULIO, POR EL QUE SE DESARROLLA, EN MATERIA DE INCAPACIDADES LABORALES DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, LA LEY 42/1994, DE 30 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS FISCALES, ADMINISTRATIVAS Y DE ORDEN SOCIAL; EL REAL DECRETO 2583/1996, DE 13 DE DICIEMBRE, DE ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE MODIFICACIÓN PARCIAL DE LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL; EL REAL DECRETO 504/2011, DE 8 DE ABRIL, DE ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONES DEL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA; Y EL REAL DECRETO 497/2020, DE 28 DE ABRIL, POR EL QUE SE DESARROLLA LA ESTRUCTURA ORGÁNICA BÁSICA DEL MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES ARTÍCULO SEGUNDO. MODIFICACIÓN DEL REAL DECRETO 2583/1996, DE 13 DE DICIEMBRE, DE ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE MODIFICACIÓN PARCIAL DE LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Se atribuye la competencia para el reconocimiento del derecho al reintegro de gastos de asistencia sanitaria en aplicación de los reglamentos comunitarios e instrumentos internacionales a la dirección provincial de la provincia del domicilio de la persona interesada.

Y por lo que respecta a la competencia para el reconocimiento del derecho al reembolso de gastos en concepto de prestaciones sanitarias en el ámbito del seguro escolar, corresponderá a la persona titular de la dirección provincial de la provincia en la que se haya dispensado la asistencia sanitaria.

6. MODIFICACIÓN DEL REAL DECRETO 581/2017, DE 9 DE JUNIO, POR EL QUE SE INCORPORA AL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL LA DIRECTIVA 2013/55/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, DE 20 DE NOVIEMBRE DE 2013, POR LA QUE SE MODIFICA LA DIRECTIVA 2005/36/CE RELATIVA AL RECONOCIMIENTO DE CUALIFICACIONES PROFESIONALES Y EL REGLAMENTO (UE) N.º 1024/2012 RELATIVO A LA COOPERACIÓN ADMINISTRATIVA A TRAVÉS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL MERCADO INTERIOR.

Se añade una disposición adicional décima, por la que previa justificación de los responsables de recursos humanos de los servicios públicos de salud y atendiendo a las necesidades de profesionales sanitarios y dificultades de cobertura de plazas, y según el procedimiento que determine el órgano directivo competente del Ministerio de Sanidad, se podrá priorizar la resolución de los expedientes de las titulaciones comprendidas en los apartados en los puntos 5.1.1, 5.1.2, 5.2.2, 5.3.2, 5.4.2, 5.6.2, y 5.7.1 del anexo III, siempre que reúnan las condiciones mínimas de formación previstas en los artículos 35, 36, 42, 46, 50, 52 y 59

7. LEY 9/2021, DE 30 DE DICIEMBRE, DE PRESUPUESTOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN PARA EL EJERCICIO 2022.

La disposición adicional trigésima quinta prevé el nombramiento de personas extranjeras extracomunitarias como personal estatutario del servicio aragonés de salud, en aquellas categorías en las que la titulación requerida para el acceso sea exclusivamente una especialidad médica.

8. LEY DE CANTABRIA 11/2021, DE 23 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS FISCALES Y ADMINISTRATIVAS

La Ley cántabra contempla el cobro de tasas por la expedición de copia de la documentación de la historia clínica realizada a través de las instituciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.

La tasa se exige de acuerdo con las siguientes tarifas:

- Copia de informes clínicos en soporte digital: 15,96 euros.
- Copia de radiografías en soporte acetato: 15,96 euros.
- Copia en soporte digital de imágenes radiográficas y otras exploraciones de diagnóstico por la imagen: 10,64 euros.

Resulta llamativo el cobro de esta tasa si tenemos en cuenta que la vigente legislación en protección de datos establece que *“La información facilitada en virtud de los artículos 13 y 14 así como toda comunicación y cualquier actuación realizada en virtud de los artículos 15 a 22 y 34 serán a título gratuito”* (art. 12.5 del RGPD) y *“Serán gratuitas las actuaciones llevadas a cabo por el responsable del tratamiento para atender las solicitudes de ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de lo dispuesto en*

los artículos 12.5 y 15.3 del Reglamento (UE) 2016/679 y en los apartados 3 y 4 del artículo 13 de esta ley orgánica”. (Art. 12.7 de la LO 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

El RGPD, al margen de los supuestos excepcionales previstos en el art. 12.5 (solicitudes de derechos manifiestamente excesivas/infundadas), también prevé la posibilidad de exigir el pago de una cantidad pero limitado a los casos de tratarse de una segunda copia:

“El responsable podrá percibir por cualquier otra copia solicitada por el interesado un canon razonable basado en los costes administrativos. Cuando el interesado presente la solicitud por medios electrónicos, y a menos que este solicite que se facilite de otro modo, la información se facilitará en un formato electrónico de uso común”.

9. LEY FORAL 18/2021, DE 29 DE DICIEMBRE, DE PRESUPUESTOS GENERALES DE NAVARRA PARA EL AÑO 2022.

La disposición adicional décimo séptima contempla la compensación por la formación de médicos internos residentes con el fin de fomentar y retribuir la participación en su formación realizada por profesionales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea o del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. A tal efecto se establece un módulo de productividad extraordinaria por un importe anual mínimo de 1.000 euros brutos anuales que se abonarán en la nómina del mes de mayo coincidiendo con la finalización del periodo anual de formación de residentes. Si el número de residentes a cargo de una misma persona tutora es de 2, la retribución será de 1.200 euros, y si es de 3 o más será de 1.400. Tendrán derecho al cobro del módulo de docencia las y los profesionales que hayan sido designados como tutores por la Comisión de Docencia y hayan tenido al menos un médico interno residente a su cargo. En el supuesto de que el periodo de tutoría se interrumpa por cualquier causa antes del mes de mayo la retribución del módulo será la parte proporcional a la cantidad fijada. Las horas que cada tutora o tutor deba dedicar a su labor docente serán determinadas por el Plan Docente de cada centro asistencial, así como las condiciones de su desempeño y eventual liberación asistencial en el marco de Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero. Con la misma finalidad que la expresada en el primer párrafo de la presente disposición, podrá extenderse en su caso a otros profesionales sanitarios que se encuentren acreditados para impartir formación sanitaria especializada (FSE) mediante residencia en las especialidades de Medicina, Enfermería, Farmacia, Biología, Psicología, Física y Química.

Dicho concepto de productividad será aplicable al personal sanitario que esté acreditado para formación de médicos internos residentes y no esté adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea o al Instituto de salud Pública y laboral de Navarra recibiendo el mismo importe que los adscritos al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea o al Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

3. TRIBUNA.

MONOGRÁFICO SOBRE VACUNACIÓN COVID EN MENORES DE EDAD.

I. ¿HAY QUE VACUNAR A LOS MENORES CONTRA LA COVID-19?

Javier Sánchez-Caro.

Profesor honorario de la Escuela Nacional de Sanidad, académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina, Ex director de los servicios jurídicos del Instituto Nacional de la Salud y de la Unidad de bioética y Derecho Sanitario de la Comunidad de Madrid. Autor de trabajos y monografías sobre la Bioética y el Derecho Sanitario

1) Planteamiento.

La cuestión enunciada requiere, en primer lugar, una delimitación de los aspectos científicos en los que necesariamente está envuelta la cuestión: ¿Qué es lo mejor para los menores? ¿De qué manera se garantiza con mayor seguridad su salud? ¿Dónde encontraremos delimitado “el interés superior del menor”, concepto indeterminado pero determinable en vista de las circunstancias concretas?

Una vez aclarada dicha cuestión, aunque sea de manera provisional y temporal de conformidad con el estado actual de la ciencia (foto fija), se podrá hablar de los aspectos éticos (bioéticos) que están inmersos en la vacunación infantil Covid-19 y, posteriormente, de los jurídicos. A este orden metodológico nos atenemos en esta nota sobre el particular.

2) La cuestión previa.

La aplicación de los principios éticos universales al caso concreto personal o social no puede hacerse de una manera puramente mecánica, pues para ese delicado viaje es preciso, en todo caso,

un exhaustivo conocimiento de las circunstancias y una valoración cuidadosa de las consecuencias. Se precisa, hasta donde sea posible, la delimitación objetiva de los hechos (científicos) con independencia de su valoración posterior (ética o jurídica), lo que nos remite al marco de las preferencias (los valores que se consideran dignos de atención en relación con los mismos).

La perspectiva ética expuesta ha tenido siempre su traducción en el marco jurídico en el que siempre se ha afirmado la no injerencia en controversias científicas: los jueces, los juristas y los abogados no deben terciar entre HIPÓCRATES Y GALENO, por lo que, si están divididas las opiniones científicas, asentadas estas en diversas escuelas aceptadas en el mundo de la ciencia, no cabe más que el respeto de la decisión médica pero no un acercamiento sobre la base de alguna responsabilidad, pues dicha responsabilidad termina allí donde empiezan las discusiones científicas.

En suma, es preciso averiguar en nuestro caso si se da o no una controversia científica en relación con la vacunación infantil (a favor o en contra) merecedora de tal nombre o, por el contrario, si hay argumentos de una que son claramente superiores a la otra, de manera que realicen el interés superior del menor, representado aquí por su salud, fundamentalmente.

Una última cuestión: la vacunación de los menores debe ser considerada en un doble plano. Por un lado, hace referencia a su salud individual. Por otro, forma parte de un programa de salud pública. Ambas tienen importantes repercusiones como se verá más adelante.

En lo referente a la salud supraindividual la idea que sirve de fundamento es que la salud es una responsabilidad de todos, lo que genera una importante responsabilidad social, de manera que para su correcto funcionamiento se precisa la participación de todos los agentes implicados, pues el protagonismo no recae solo sobre el individuo sino sobre la colectividad, debiéndose a tal causa la consecuencia de que el dispositivo asistencial no sea el principal condicionante de nuestro nivel de salud, sino que la ganamos o perdemos en otros terrenos (la lectura de la Exposición de Motivos de la Ley General de Salud Pública (2011) es expresiva a este respecto), aunque aquí, en esta nota, hagamos referencia a la vacunación.

3) El estado actual de la ciencia.

En principio, hay dos posiciones: a favor y en contra.

3.1. A favor.

Es la posición de Ministerio de Sanidad, expresada a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, así como del CDC de EE. UU, entre otros.

Parte del excelente ritmo de vacunación general en España, que a fecha de 23 de diciembre de 2021 alcanzaba al 89,8 de la población diana (pauta completa) y al 91,8, al menos, con una dosis y en lo referente a los adolescentes (12 a 19 años) al 89,2 (pauta completa).

Se prevé actualizar la información en las próximas semanas.

En lo que se refiere a la vacunación de niños de 5 a 11 años: se referencia el principal estudio que ha permitido autorizar la vacuna; se reseñan las contraindicaciones (antecedentes de reacciones alérgicas graves a una dosis previa de la propia vacuna o a algún componente de la misma, evento que se califica de muy raro y sobre el que se indican determinadas precauciones); se determina la cantidad de dosis y la forma de llevarla a cabo, así como si se puede adelantar o atrasar la segunda dosis y se afirma la importancia de la espera de observación después de la vacunación.

Capítulo aparte merecen los efectos secundarios de la vacuna: la regla general es que es muy segura, tal y como se ha demostrado hasta la fecha por los países que han comenzado a vacunar (en EE. UU se han administrado más de 6 millones de dosis hasta el 22 de diciembre, sin que se haya detectado ninguna señal de alarma). Los efectos secundarios son en su mayoría leves, de corta duración y no todas las personas vacunadas los padecen, aunque más intensos después de la segunda dosis (dolor y sensación de pesadez en el hombro y el brazo, sensación de cansancio, malestar general y escalofríos y dolor de cabeza y fiebre de bajo grado).

Se han notificado casos muy raros (13 casos extra por cada 100.000 varones vacunados entre 12 y 29 años) de inflamación del corazón (miocarditis y pericarditis) después de la vacunación de la Covid-19. En población infantil de 5 a 11 años aun se desconoce la frecuencia de aparición. La gran mayoría se han recuperado en pocos días, sin apenas tratamiento (se destacan los síntomas y lo que se debe hacer en estos casos).

El dictamen oficial es rotundo en cuanto a la conclusión: vale la pena vacunarse, puesto que la miocarditis y la pericarditis ocurren muy raramente. Más aun, es bastante más frecuente que se padezca la infección natural por Covid-19 por contagio. Los niños de 11 años y menores son el grupo de edad con mayor incidencia de casos de contagio actualmente; de forma excepcional, pueden tener graves complicaciones como el síndrome inflamatorio multisistémico (fiebre e inflamación de diferentes partes del cuerpo, como corazón, pulmones, etc.) y la vacuna pediátrica ha mostrado una eficacia frente a Covid-19 sintomático del 90,7% en los ensayos clínicos con niños y niñas entre 5 y 11 años. En estos ensayos, dado el número limitado de niños incluidos, no se produjeron casos de miocarditis.

Con la vacunación se protege, además, a los miembros de la familia, incluidos los hermanos que no pueden vacunarse o a aquellos que tienen mayor riesgo de complicaciones. También permite que puedan acudir al colegio y participar en actividades, deportes, etc. de forma más segura, contribuyendo, además, a reducir la actual onda epidémica.

Cuando las personas vacunadas se infectan, la enfermedad suele ser en general más leve que en los no vacunados. También pueden contagiar, aunque probablemente menos que los no vacunados (deben mantenerse las medidas de precaución).

Los estudios han confirmado que dos dosis de la vacuna pediátrica mantienen una efectividad similar a la demostrada cuando la variante Alfa (“la británica”) era la dominante. Así mismo, pese a que aun no se disponen de evidencias definitivas, algunos estudios recientes han mostrado que dicha vacuna mantiene capacidad de protección frente a la enfermedad grave por la variante Ómicron, aunque es necesario continuar revisando la evidencia sobre la efectividad de la vacunación (toda la información técnica está disponible en la web del Ministerio de Sanidad, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y de la Agencia Europea del medicamento-EMA-).

La vacunación es voluntaria, como el resto de las vacunaciones en España.

No hay vacunas autorizadas para los niños y las niñas menores de 5 años.

De la misma posición es el CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU a través del Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades respiratorias) al afirmar que los niños de 5 a 11 años tienen las mismas probabilidades de infectarse por Covid-19 que los adultos y pueden enfermar gravemente, sufrir complicaciones de salud a corto y largo plazo y propagar el Covid a otras personas, siendo una de las 10 causas principales de muerte en esas edades. En resumen, se afirma que los beneficios de la vacunación superan los riesgos conocidos y potenciales.

El mismo criterio se recoge en el documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre la vacunación infantil frente a la Covid.

3.2 En contra.

No se ha encontrado en las fuentes científicas especializadas una posición contra la vacunación infantil por Covid-19. Por el contrario, son muy numerosas las que abogan por su instauración, de forma igual o parecida a la que ha quedado expuesta.

Los textos transcritos dejan constancia de los beneficios para los menores. En particular, los estudios y ensayos realizados hasta la fecha dejan constancia de su seguridad y de los escasos riesgos que comporta, así como de su efectividad similar a la demostrada en la variante Alfa, y su capacidad de protección frente a Ómicron.

3.3 Conclusión.

Se obtiene por sí solo en vista de lo expuesto hasta el momento y consiste en afirmar la apuesta decidida por la vacunación infantil contra la Covid-19.

4. Aspectos bioéticos.

Dado el doble orden de consideraciones que inciden en la vacunación, esto es, su incardinación en una política de salud pública y su configuración voluntaria como un derecho del ciudadano, los aspectos bioéticos deben referirse a ambos.

Ahora bien, el respeto de la autonomía en cuanto derecho individual (a través del mecanismo de la representación legal) es un tema conocido al que en este momento hay que remitirse: naturalmente que aquí se incardinan la autonomía, la beneficencia (en la medida en que se considere una posición como la más favorable o beneficiosa), la no maleficencia (pues en la actividad desplegada no se debe causar daño) y la justicia (en la correcta distribución de los recursos. En cualquier caso, el orden de prioridad de regirse por el principio de vulnerabilidad, lo que conlleva que sean los niños inmunodeprimidos o con mayor riesgo los primeros en recibirla.

En cuanto a los principios aplicables en materia de salud pública al caso, destaca sobre todo el principio de equidad y solidaridad, recogido, además, en la propia Ley General de Salud Pública (2011), que trata de promover la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporar acciones sobre sus condicionantes sociales. Por su parte, la solidaridad describe el tipo y grado de integración mostrados por un grupo o sociedad con otros y que hoy en día se utiliza como un concepto que revela un interés casi universal por el prójimo y sin olvidar, claro está, la existencia de otros principios que ahora no se analizan: salud en todas las políticas, pertinencia, evaluación, transparencia, integralidad y seguridad.

Ambos objetivos (individual y colectivo) son perseguidos con la vacunación de acuerdo con lo que ha quedado expuesto a propósito de los aspectos científicos, sin que ahora sea el momento de analizar otras posibilidades de carácter directa o indirectamente obligatorias, y tampoco la fuerza que tiene el valor de la salud pública, a través de los principios de justicia y no maleficencia, para situarse por encima jerárquicamente, en muchas ocasiones, del principio de autonomía (la vacunación es voluntaria).

Más aun, se puede sostener la innecesaridad del planteamiento obligatorio desde el momento en que la casi totalidad de la población ha sido vacunada, por lo que para llegar a los que faltan parece más conveniente la persuasión que la coerción, aunque nunca la forzosidad, esto es, el empleo de la fuerza física, que sería degradante y contrario a la dignidad de la persona con carácter general. Sin embargo, se recuerda que cualquier medida tendrá más éxito y será mejor aceptada si se explican las razones que la fundamentan, tal y como resulta de las fuentes consultadas. Todo ello sin perjuicio de las medidas que puedan ser aplicadas para determinados colectivos de alto riesgo y del respeto por las resoluciones judiciales correspondientes.

5. Aspectos jurídicos.

5.1. Voluntariedad.

Puesto que la vacunación es voluntaria, la información personal que se emplee en la actuación de salud pública de la vacuna se regirá necesariamente por la ley de autonomía del paciente (art-7.2 de la ley general de salud pública (LGSP, 2011), que se remite a la citada ley de autonomía (LAP, 2002), lo que quiere decir que, además de los derechos de información en la LGSP, hay que tener en cuenta las disposiciones conocidas de la LAP, sin que se plantee aquí la entrada de la regla de la proporcionalidad como justificación de la limitación de derechos.

5.2 ¿Consentimiento verbal o escrito?

Recordemos que en la LAP el consentimiento es verbal, como regla general. Solo se exige por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, los procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (art-8). Por lo tanto, un procedimiento es invasor en función de la experiencia de los procedimientos clínicos, de la frecuencia con la que se realizan, de la habitual complejidad de los mismos, de la existencia o no de complicaciones, de su excepcionalidad, de la previsibilidad de sus consecuencias y de la entidad de las mismas, aunque su probabilidad sea reducida.

No parece, en principio, que la aplicación de una vacuna encaje en la previsión de efectuarse por escrito. No obstante, el aplicarla en un contexto de pandemia, los bulos y opiniones contrarios a ella y la enorme repercusión social de su instauración aconsejan su formulación documental, pues las razones de prudencia son insoslayables de una actuación rigurosa. Además, debe incluirse una cláusula que advierta de que la información (riesgos, sobre todo) será objeto de actualización en función del avance de la ciencia (foto fija).

5.3. Representación legal.

Estimamos correctas las reglas establecidas en el documento del Ministerio de Sanidad (“Vacunación Covid en Población Infantil: Preguntas y Respuestas”). Son las siguientes, derivadas de los arts-154 y 156 del Código Civil:

- Puesto que son menores, deben ir acompañados de un adulto.
- Los adolescentes que tengan 16 o más años de edad tienen capacidad legal para aceptar o rechazar la vacunación por sí mismos (por aplicación de la LAP, art-9, lo que demuestra, de paso que no estamos en presencia de una actividad de grave riesgo, que exigiría la autorización legal de padres o tutores ni de un supuesto claro de consentimiento informado por escrito).
- Si el adulto que los acompaña es uno de los padres o el tutor legal, es suficiente con la autorización verbal pues “la patria potestad se ejercerá siempre en interés de los hijos e hijas” y “los padres deben velar por ellos”, además de que “se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno de ellos con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán validos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad”. (hipótesis general).
- Si la vacunación se realiza en centros escolares sin la presencia del padre, la madre o el tutor legal, será necesario que presenten una autorización escrita previa (junto con una copia del documento nacional de identidad o documento equivalente, añadimos nosotros). Lo dicho no impedirá en algunos casos que se plantee un problema de discriminación de los no vacunados, como consecuencia de la no obligatoriedad.

- La vacunación debe considerarse a estos efectos como “una vacunación de calendario oficial”, pues su indicación ha sido establecida por las autoridades sanitarias.
- Discrepancia entre los padres: independientemente de la situación de custodia (la ostente uno de los padres, compartida o en trámites judiciales), oído el propio niño o niña, si tuviera suficiente madurez y, en todo caso, si fuera mayor de 12 años, bastará el consentimiento verbal de uno de los padres si no consta fehacientemente la oposición del otro (se excepciona en este caso, a pesar de la regla general, como medida de prudencia), pero los servicios sanitarios no tienen obligación, se dice, de recabar la opinión de ambos padres en cada caso, en el momento de la vacunación (iría contra la regla general, añadimos).
- Si uno de los padres se opone a la vacunación, es su obligación hacer constar personal e inequívocamente su posición para que pueda ser tenida en cuenta. En consecuencia, en el caso de que uno de los padres autorice la vacunación y el otro haya expresado su oposición de forma explícita en el centro de vacunación y ante la entidad responsable de su gestión, deberá ser la autoridad judicial quién decida finalmente (excepción razonable con la finalidad de no crear supuestos innecesarios de tensión o violencia).
- Si a pesar del rechazo de los padres los servicios sanitarios estiman que tal decisión comporta riesgos extraordinarios para el menor, por sus circunstancias clínicas individuales, se podrá solicitar la autorización judicial.

5.4 Minoría madura.

No aborda el documento oficial la cuestión de la minoría madura, prevista, como es conocido en la LAP (art-9). A nuestro juicio, sin embargo, es posible su aplicación en el caso de la vacunación Covid. Es cierto, como se reseñaba anteriormente, que se dan en este caso especiales circunstancias (pandemia, bulos, equívocos y desinformación respecto a su alcance y consecuencias) pero la vacunación es, además de un acto enmarcado en un programa de salud pública, un acto individual voluntario que cae en la esfera de la autonomía, sin que se pueda obviar, por tanto, la voluntad de las personas en el marco de la ley.

El concepto de “menor maduro” tiene una base científica y psicológica y una fundamentación bioética y jurídica. Se refiere a un menor de edad con capacidad suficiente para tomar sus decisiones en relación a una actuación concreta (el menor maduro puede serlo para unas cuestiones y no para otras) y aboga en esencia por reconocer su capacidad de decisión en asuntos determinados de manera progresiva, es decir, en función de su edad, grado de madurez, desarrollo y evolución personal.

Por debajo, por tanto, de los 16 años podrá el menor tomar también sus propias decisiones si, a juicio del facultativo, es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, sin que en el supuesto contemplado (vacunación Covid) pueda apreciarse grave riesgo para la vida o salud del menor (de acuerdo con el estado actual de la ciencia), lo que obligaría a requerir el consentimiento del representante legal, oído el menor.

REFERENCIAS SOBRE LA NOTA

1. Adela Cortina y Emilio Martínez, *Ética*, 4ª edición. Ediciones Akal, Madrid 2008
2. “Principios inspiradores en materia de salud pública”. Grupo de Salud Pública. Seminario de Investigación en Bioética. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. En la obra *Retos en Salud Pública. Derechos y deberes de los ciudadanos*. Coordinadores: Javier Sánchez-Caro y Fernando Abellán. Fundación Salud 2000. Editorial Comares, Madrid 2011.
3. En la misma obra, Javier Sánchez-Caro “Derechos de los ciudadanos en salud pública”
4. En la misma obra, Fernando Abellán “Deberes de los ciudadanos en salud pública. Límites y requisitos de la intervención administrativa.
5. Asunción Herrera Guevara *Bioética postsecular e interespecífica: ciencia, ética y cultura en el siglo XXI*. Catarata. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo 2020.
6. José Manuel Fernández Hierro *Sistema de Responsabilidad Médica*, cuarta edición. Editorial Comares.
7. Miguel Ángel Sánchez González *Bioética en Ciencias de la Salud*, ELSEVIER MASSON. Barcelona 2013.
8. Web del Ministerio de Sanidad bajo el título *Vacunación Covid en población infantil: preguntas y respuestas. Consejo interterritorial. Sistema Nacional de Salud*. Consultada el 11 de enero de 2022.
9. Web de los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE UU). Consultada el 11 de enero de 2022 bajo el título *Vacunas contra el Covid 19 para niños y adolescentes*.
10. Web de la Asociación Española de Pediatría y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Consultada el 11 de enero de 2022.

II. PERSPECTIVA ÉTICA DE LA VACUNACIÓN INFANTIL FRENTE A LA COVID-19.

Vicente Andrés Luis.
Licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid
Médico de Familia y Comunitaria
Diplomado en Sanidad (ENS)
Doctor por la Universidad Complutense (Dpto. de Salud Pública. Programa de
Ciencias socio-sanitarias y humanidades médicas).

Decidir entre vacunar o no vacunar a los niños genera en los padres un dilema que no se resuelve negando una de las dos partes de la disyunción, porque en realidad no es tal dilema. En la práctica clínica, tener que decidir por otro es una de las situaciones más conflictivas que se pueden dar, a título personal, en los familiares cercanos o representantes legales, por el temor que causa –a quien ha adquirido esa responsabilidad– de que tal decisión no sea correcta.

En el caso de los menores, la situación se acentúa por la fragilidad y, a veces, vulnerabilidad del niño y el temor a las consecuencias que puedan darse. Si esto es así ante una situación de necesidad diagnóstica o terapéutica, se comprende que ante una actividad preventiva –como es la vacunación frente a una enfermedad transmisible–, que no deja de ser un intento de evitar algo contingente, las dudas surgidas sean mayores. De este modo, este conflicto entre lo necesario y lo contingente se ve agravado porque media una sustancia que hay que inocular al menor. Esta sustancia –como todo elemento físico, químico o biológico ajeno al cuerpo– no está carente de efectos indeseables en quien lo recibe. Así pues, es otro dato más a tener en cuenta en la cadena decisoria.

Pueden unos padres afirmar, convencidos, la necesidad de vacunar a su hijo; del mismo modo, otros padres pueden hacer lo contrario: negar la necesidad de vacunarlos, igualmente convencidos. Entre estos dos extremos lícitos de afirmación de la autonomía de la voluntad personal, caben diversos grados de decisión o dudas que solo pueden subsanarse con conocimiento y no solo con mera información. Es decir, que los padres o representantes legales hayan comprendido, tras recibir la preceptiva información, que hay suficientes razones para vacunar al menor. En palabras más técnicas, que el balance entre beneficio y riesgo resulte claramente favorable al primero, en detrimento del segundo.

En nuestro medio social, la vacunación infantil es ampliamente aceptada. Desde que Edward Jenner consiguió su vacuna contra la viruela a finales del siglo XVIII, la cual no estuvo exenta de rechazo por sus coetáneos, y los logros vacunales del siglo XIX, durante el siglo XX se ha vivido la introducción de las diversas vacunas que hoy conocemos. Quizá la más significativa fue la desarrollada por Jonas Salk en los años cincuenta.

Unos años después de la vacuna inyectable de Salk; en 1964, fue la oral la que se impuso. Esta se empezó a aplicar en España, de modo generalizado, en los años sesenta. En los últimos 25 años del siglo y en lo que llevamos de este, la aparición de vacunas y su incorporación al calendario vacunal infantil ha sido cada vez más frecuente y rápida. Quizá el logro más llamativo de las vacunas aplicadas ha sido la de la viruela, hoy erradicada, seguida de la considerable reducción de la poliomielitis siguiente enfermedad que se pretende erradicar¹, aunque es un proceso que tiene que superar escollos como la actual pandemia que ha provocado un retraso inevitable en los mencionados planes. Esto también debería ser objeto de consideraciones éticas, como lo es la escasa disponibilidad de las vacunas, incluida la que en la actualidad nos ocupa, pese al mecanismo COVAX.

Con todo, la máxima rapidez se ha producido con las vacunas frente al virus SARS-CoV-2. Esta celeridad y el ser vacunas vinculadas a los ácidos nucleicos, han hecho que surgieran dudas a la hora de su aplicación masiva.

Sin embargo, aquí hay un elemento digno de ser mencionado que invita a reflexionar sobre la información aludida en el párrafo anterior. Las vacunas de ARN mensajero se empezaron a desarrollar en 1990, lo cual era desconocido por la gran masa de la población. Tampoco los médicos asistenciales podían dar muchas referencias más allá de la mera opinión, pero todo esto ha cambiado por la fuerza de las cifras manejadas. De manera que, pese a que hoy no se pueden cuestionar los efectos favorables de las vacunas, no deja de haber, básicamente en el mundo de cultura occidental, movimientos contrarios a estas e incluso personas que niegan la transmisibilidad de las enfermedades infecciosas.

Así que tenemos una nueva oposición entre elementos, en este caso el individual frente al comunitario. El que enferma es el individuo y no la comunidad, eso está claro. Y ya situados en el plano individual, vuelve lo contingente, porque el individuo, inscrito inevitablemente en una comunidad, que no puede evitar su relación con esta a través del contacto con otros individuos, puede enfermar o puede no afectarse. Puede seguir las recomendaciones sanitarias, que siempre han de estar basadas en el conocimiento científico, o no hacerlo e incluso combatirlas basándose, no en otras teorías que proporcione la ciencia, sino en sus creencias.

Ahora podemos comprender, quizá, lo que hay tras de las negativas a ser vacunados, porque ya Ortega y Gasset, dijo en *Ideas y creencias*, que «las ideas se tienen; en las creencias se está»². Las ideas son mutables, pero las creencias son, con demasiada frecuencia, inmutables. Las ocurrencias se aceptan o se desechan tras pensar sobre ello, porque dependen de nosotros mismos; las creencias parecen estar antes de nosotros mismos y se suelen aceptar sin pensar. Podríamos decir que las primeras desarrollan más el espíritu crítico –se cuestionan con facilidad, dependen del individuo–, las segundas no son fácilmente cuestionables, porque hay una presión comunitaria que ejerce un influjo irresistible, que viene a dificultar el proceso por el temor a ser considerado un renegado.

¹ «Estrategia de Erradicación de la Poliomielitis 2022-2026: Cumplimiento de una promesa»
<https://polioeradication.org/gpei-strategy-2022-2026/>

² Ortega, J. (2007). *Ideas y creencias*. Madrid: Alianza, p. 23.

La repercusión social de la pandemia que estamos padeciendo, tiene un antecedente más reciente que la de la gripe de 1917; aun sin el carácter pandémico, la poliomielitis tuvo brotes epidémicos de considerables consecuencias para las personas y las comunidades, por afectar primordialmente a niños. Philip Roth³ describe magistralmente en su obra *Némesis*⁴, el modo en que afectó a la sociedad estadounidense en los años cuarenta del siglo XX, por las secuelas individuales y familiares que dejaba la enfermedad. La vacuna fue recibida como una bendición. La narración de Roth tiene el poder de situarnos ante los conflictos de índole ética relacionados con la culpa y la responsabilidad individual en estas circunstancias de contagios masivos e imparables. Pero esto queda para cada uno de los que tengan a bien explorar el aspecto humano de la medicina.

En el espectro que se nos presenta desde los muy favorables a las vacunas en general, hasta los absolutamente contrarios a ellas, que Roi Piñeiro⁵ a los que ha denominado con acierto: *vacunofóbicos*, podemos encontrar diversos grupos, cambiantes según de qué se trate. En lo que respecta a los niños, podemos decir que también podemos encontrar estas divisiones, pero se observa un cierto desplazamiento hacia los que presentan más dudas. Ante esto solo caben exponerles los hechos científicos, es decir, aquellos que tienen una explicación suficiente que hace razonables y asumibles las recomendaciones que de ellos se derivan , haciendo crecer la «masa crítica» capaz de generar adhesión a las vacunas.

Como en todo proceso deliberativo que debe seguir a la presentación de un conflicto o problema, la Ética nos ayuda a separar primero lo que es de carácter moral, es decir, lo que es fruto de la costumbre, donde caben tanto los muy favorables como los contrarios a las vacunas. Ahí descubriremos los que actúan por convicción fundamentada de los que «creen» que debe ser de una u otra manera. En ambos casos, lo que se busca es presentar los hechos —en este caso científicos— a los que seguirán las estimaciones pertinentes que permitirán separar lo que es fruto del conocimiento de lo que es consecuencia de la ignorancia. El proceso deliberativo ponderará unos y otros para poder tomar la decisión más acorde con la inteligencia y comprensión del problema. Este proceso, finalmente respetará la autonomía de la voluntad personal de todos los integrantes del espectro, en el caso que nos ocupa de vacunaciones infantiles, los padres o representantes legales.

Después de casi dos años de información desmesurada, contradictoria en ocasiones, poco reflexiva, que ha impedido reconocer por la población lo que era verdaderamente científico, tenemos datos científicos constatables y con el peso de los «grandes números», razones de ciencia estadística.

De este modo se pueden proporcionar datos complementarios al espectro de los decisores muy favorables para recomendar la vacunación a los niños frente a la *COVID-19* y, quizá, captar a algunos más proclives al análisis crítico dentro de los indecisos e, incluso, en los no favorables.

³ Roth, P. (2011). *Némesis*. Barcelona: Mondadori.

⁴ Némesis es la diosa de la justicia retributiva. Es la Venganza de los dioses. Castiga a los hombres por todo acto, y aun todo sentimiento de desmesura, todo lo que es «pecado de orgullo», por la negativa a respetar el orden del mundo. Grimal P. (1973). *Mitologías. Del Mediterráneo al Ganges*. Barcelona: Planeta, p. 104.

⁵ Piñeiro, R. (2018). *¿Eres vacunofóbico? Dime, te escucho*. Madrid: Undergraf.

Los datos iniciales respecto al virus SARS-CoV-2 en el grupo etario inferior a los 18 años sugerían que se infectaban en menor medida que en grupos de edades superiores. Las dudas sobre si podían actuar de portadores de carga viral suficiente para infectar a adultos, según algunas informaciones, parecían indicar que sí podía ocurrir, con lo que esto suponía para los grupos de riesgo. Inicialmente no se consideró indicada la vacunación, cuando ya estuvieron disponibles para la población de mayor edad. El acúmulo de casos hizo que finalmente, en 2021, se estimara la necesidad de vacunar a todos los mayores de 5 años.

La decisión de vacunar a los niños no es para salvaguardar de la infección a los adultos, sino para protegerlos a ellos mismos de las consecuencias de la enfermedad, puesto que, al aumentar la cantidad de afectados, los niños pueden tener la misma gravedad que los adultos, importantes complicaciones y secuelas, pese a acumular, en conjunto, menos patologías concomitantes que los adultos las cuales ponen a estos en mayor riesgo.

Veamos un breve repaso cronológico de estas cuestiones a lo largo del pasado año:

- En marzo de 2021, cuando ya se estaba constatando una *COVID-19* persistente en el 76% de los adultos infectados, seis meses después, aún no estaba claro en niños, aunque empezaba a haber indicios, pero no podía demostrarse⁶.
- En abril, un estudio realizado en niños hospitalizados por *COVID-19*, indicaba que, si bien el 74,1% no eran casos graves, el resto sí. En este grupo hubo un 20,4% de mortalidad, la mayoría entre los 5 y 10 años⁷.
- En mayo, un estudio realizado sobre 12.136 niños dio como resultado que pese a tener poca sintomatología clínica, esta no impedía la afectación de múltiples órganos. El 5,5% de estos niños tuvo que ser hospitalizado, con una edad media de $9,0 \pm 6,2$ años. De estos el 17,6% requirió ingreso en cuidados intensivos y el 4,1% ventilación mecánica⁸.
- En julio, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, ante el avance de la variante delta, más transmisible que las anteriores, preveía un aumento considerable del número de casos en niños⁹.
- En agosto, *The Lancet Child & Adolescent Health* publica un estudio en 75.529 niños entre 5 y 17 años observando que la enfermedad podía durar entre 28 y 56 días, en distintos porcentajes de afectados y con intensidad de los síntomas cada vez menor¹⁰.

⁶ <https://www.univadis.es/viewarticle/covid-19-persistente-en-ninos-un-fenomeno-significativo?id=37dbe84a-63fa-3605-bb60-82b18e6f63ca&s1=news>.

⁷ Saleh NY, Aboelghar HM, Salem SS, Ibrahim RA, Khalil FO, Abdelgawad AS, Mahmoud AA. The severity and atypical presentations of COVID-19 infection in pediatrics. *BMC Pediatr*. 2021;21(1):144. doi: 10.1186/s12887-021-02614-2. PMID: 33765980

⁸ Parcha V, Booker KS, Kalra R, Kuranz S, Berra L, Arora G, Arora P. A retrospective cohort study of 12,306 pediatric COVID-19 patients in the United States. *Sci Rep*. 2021;11(1):10231. doi: 10.1038/s41598-021-89553-1. PMID: 33986390.

⁹ European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 in children and the role of school settings in transmission - second update. Published 8 July 2021. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>.

¹⁰ Molteni E, Sudre CH, Canas LS, Bhopal SS, Hughes RC, Antonelli M, et al. Illness duration and symptom profile in symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2021; S235246422100198X. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00198-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00198-X).

- En noviembre, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos recomiendan la vacunación en el grupo de edad entre 5 y 11 años. La recomendación se basó en lo siguiente:

Los casos de *COVID-19* en niños pueden resultar en hospitalizaciones, muertes, MIS-C (síndromes inflamatorios) y complicaciones a largo plazo, como "*COVID largo*", en el que los síntomas pueden persistir durante meses. La propagación de la variante Delta resultó en un aumento de los casos de *COVID-19* en niños durante todo el verano. Durante un período de 6 semanas a fines de junio y mediados de agosto, las hospitalizaciones por *COVID-19* entre niños y adolescentes se quintuplicaron. La vacunación, junto con otras medidas preventivas, puede proteger a los niños de *COVID-19* utilizando las vacunas seguras y efectivas ya recomendadas para su uso en adolescentes y adultos en los Estados Unidos¹¹.

- El 14 de diciembre pasado, la Organización Mundial de la Salud publicó una guía actualizada sobre el tratamiento de los niños con síndrome inflamatorio multisistémico asociado a la *COVID-19*¹². Los argumentos basados en los efectos secundarios de la vacuna, que pudieran resultar graves, dado su mínimo porcentaje, devalúan dichos argumentos.

Quizá, el riesgo de padecer la enfermedad referida en el párrafo anterior, o la enfermedad de Kawasaki, ambas asociadas a la infección por *SARS-CoV-2* podría bastar para optar los padres o representantes legales por la vacunación infantil contra la *COVID-19*, pero desde una perspectiva ética, es imprescindible respetar la autonomía de la voluntad individual y personal.

Una vez establecido el acceso al conocimiento, el responsable ha de tomar una decisión libre y, obviamente tendrá que apechugar con las consecuencias de dicha decisión, no solo para el hijo, sino para el resto de la familia, compañeros de la escuela, etc. La vacuna es importante para el niño, no porque se quiera reducir el riesgo de infección de los adultos, sino porque el número de asintomáticos entre estos que, sin embargo, pueden contagiar la enfermedad, es muy considerable. Según una publicación del Ministerio de Sanidad (15 de enero de 2021): «se especula sobre la capacidad de los menores de transmitir la infección a otras personas. Atendiendo a la presencia de virus viable en muestras nasofaríngeas, se han observado cargas virales de RNA del mismo orden que las que se detectan en adultos, incluso en neonatos»¹³

No solo eso. No vacunar se convierte en una desmesura, en un abuso de la autonomía personal que ignora la libertad del resto de los miembros de la comunidad o de la sociedad. En definitiva, una falta de reciprocidad que no devuelve a la sociedad lo que el sujeto contrario a la vacunación recibe de ella.

¹¹ <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s1102-PediatricCOVID-19Vaccine.html>

¹² World Health Organization. Living guidance for clinical management of COVID-19. Updated 23 November 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-2>.

¹³ Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias: *Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus COVID-19*, p. 62.

Se podría pensar, legítimamente, que ante personas que pueden conculcar el derecho a la protección a la salud de otros, a los que ponen en riesgo de enfermar, habría que obligarles por medio de una ley que tratará específicamente estas situaciones. Desde una perspectiva ética esto no sería correcto y, posiblemente, diera argumentos a los *vacunofóbicos* que los haría crecer en número.

Concluyendo este análisis ético, considero que la evaluación de los hechos científicos que hoy poseemos y la ponderación de los mismos, la oposición a las vacunas infantiles es incorrecta desde la perspectiva ética y estoy de acuerdo con Azucena Santillán-García y Carmen Ferrer-Arnedo cuando afirman que «los principios de justicia, solidaridad, equidad, transparencia y reciprocidad deben ser incluidos en los futuros planes de respuesta ante pandemias»¹⁴

¹⁴ Santillán-García A; Ferrer-Arnedo C. (2020). «Consideraciones éticas durante las crisis sanitarias: A propósito de la pandemia por el coronavirus. SARS-cOv-2». *Rev Esp Salud Pública*. 2020; Vol. 94: 6 de noviembre e1-8. www.msbs.es/resp.

III. VACUNACIÓN DE ADOLESCENTES FRENTE A LA COVID-19: NUEVAS VACUNAS, NUEVOS CONFLICTOS ÉTICO-LEGALES.

Federico de Montalvo Jääskeläinen.
Profesor propio agregado de Derecho Constitucional, ICADE, Comillas.
Presidente del Comité de Bioética de España.

1. ¿Tiene el adolescente plena capacidad de obrar para prestar el consentimiento a la vacuna?

La vacunación de los menores de edad adolescentes constituye, desde una perspectiva ético-legal, una cuestión especialmente compleja, como lo son, en general, los tratamientos médicos respecto de dicho grupo de sujetos. Y ello es así porque el adolescente es un sujeto que se encuentra precisamente en la fase final del tránsito entre la minoría de edad y la mayoría de edad sanitarias, es decir, entre una capacidad de obrar limitada a una plena capacidad de obrar, equiparable a la de los mayores de edad.

A estos efectos, debemos recordar que la mayoría de edad se adquiere en nuestro ordenamiento jurídico a partir de los dieciocho años de edad, aunque ello lo es a los efectos fundamentalmente del ejercicio de los derechos y libertades políticas (artículo 12 Constitución Española). El propio ordenamiento jurídico reconoce capacidad de obrar al menor de edad y, especialmente, al adolescente para muchos actos y negocios jurídicos y, entre ellos, singularmente, los que vienen referidos al ámbito de los tratamientos médicos.

El artículo 9.3 c) de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente regula el régimen de la capacidad de obrar del adolescente en el ámbito sanitario, y así dispone que el consentimiento lo prestará su representante legal (consentimiento por representación) cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, después de haber escuchado su opinión, sobre todo, a partir de los doce años de edad.

Así pues, el citado precepto no establece una edad determinada a partir de la cual el adolescente pueda disponer de capacidad de obrar, lo que en el ámbito sanitario se traduce en la capacidad de autorizar o rechazar el tratamiento médico. Simplemente, se establece que tal facultad se modulará de acuerdo con su capacidad intelectual y emocional en relación con el correspondiente tratamiento médico. Así pues, concurrirían dos elementos, uno subjetivo, representado por la madurez intelectual y emocional del adolescente, y otro objetivo, relacionado con la naturaleza y consecuencias del acto médico.

En el ámbito de las vacunas, podría afirmarse que, desde la perspectiva objetiva, el propio acto de vacunación no constituye algo novedoso para el adolescente, ya que, habitualmente, habrá sido ya vacunado en anteriores etapas de su vida, y, además, no conlleva normalmente riesgos relevantes para su salud o, al menos, éstos serán muy infrecuentes.

Por ello, podría afirmarse que el adolescente puede gozar de capacidad para autorizar o rechazar una vacuna, siempre que pueda constatarse que dispone de madurez intelectual y emocional.

Tal conclusión también permite alcanzarla el propio paradigma en el que se asienta, en general, el régimen de la capacidad de obrar de los menores de edad, a partir de la Ley Orgánica 1/1996 y, sobre todo, tras su reforma en 2015. En la Exposición de Motivos se describe el nuevo paradigma en los siguientes términos que exponemos de manera resumida:

“Las transformaciones sociales y culturales operadas en nuestra sociedad han provocado un cambio en el status social del niño y como consecuencia de ello se ha dado un nuevo enfoque a la construcción del edificio de los derechos humanos de la infancia.

Este enfoque reformula la estructura del derecho a la protección de la infancia vigente en España y en la mayoría de los países desarrollados desde finales del siglo XX, y consiste fundamentalmente en el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos.

El desarrollo legislativo postconstitucional refleja esta tendencia, introduciendo la condición de sujeto de derechos a las personas menores de edad. Así, el concepto «ser escuchado si tuviere suficiente juicio» se ha ido trasladando a todo el ordenamiento jurídico en todas aquellas cuestiones que le afectan. Este concepto introduce la dimensión del desarrollo evolutivo en el ejercicio directo de sus derechos.

Las limitaciones que pudieran derivarse del hecho evolutivo deben interpretarse de forma restrictiva. Más aún, esas limitaciones deben centrarse más en los procedimientos, de tal manera que se adoptarán aquéllos que sean más adecuados a la edad del sujeto.

El ordenamiento jurídico, y esta Ley en particular, va reflejando progresivamente **una concepción de las personas menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social;** de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás.

El conocimiento científico actual nos permite concluir que no existe una diferencia tajante entre las necesidades de protección y las necesidades relacionadas con la autonomía del sujeto, sino que **la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos ...”**

Sin embargo, este nuevo paradigma de la toma de decisiones del adolescente en el ámbito de la salud y que informaría a favor de que el adolescente pueda autorizar o rechazar una vacuna, sin intervención de sus padres, queda matizado, a continuación, por el propio artículo 9 cuando en su apartado 4 dispone que cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentre en el supuesto del artículo 9.3 c), no cabe prestar el consentimiento por representación. Y esto se completa a continuación en el siguiente párrafo, señalando que, no obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

Ello significa, pues, que el menor de edad tendrá plena capacidad de obrar en el ámbito sanitario a partir de los dieciséis años de edad, salvo que el correspondiente tratamiento suponga un grave riesgo, en cuyo caso, la capacidad no se alcanzará hasta la mayoría de edad común, los dieciocho años de edad.

Trasladado todo ello al ámbito de la vacunación de los adolescentes, puede afirmarse que, en principio, existe una presunción de plena capacidad de obrar del menor de edad a la hora de autorizar o rechazar una vacuna, cuando cuente con dieciséis o más años, aunque, si el menor de edad tuviera menos años que éstos, podrá también aceptarse que él preste el correspondiente consentimiento, sin participación de sus padres, siempre que goce de suficiente madurez intelectual y emocional para entender lo que supone vacunarse. En este último caso, la carga de la prueba recae sobre el profesional sanitario, ya que no se presume la plena capacidad de obrar como ocurre con el menor de dieciséis o más años.

2. ¿Son lo mismo vacunación obligatoria y vacunación forzosa?

Nuestro ordenamiento jurídico no recoge ninguna norma que imponga la obligatoriedad de las vacunas, salvo, con ciertas dudas por la falta de mención expresa en la norma, en los casos de grave riesgo para la salud colectiva, como serían los supuestos de epidemia y, más aún, pandemia. En estos supuestos, puede entenderse que la decisión por parte de la autoridad pública de vacunar obligatoriamente a aquella parte de la población que haya rechazado hacerlo, estaría amparada por lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley Orgánica de medidas especiales en materia de salud pública (“Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, ... podrá adoptar las medidas ... que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible”) y en el artículo 9.2 a) de la Ley de autonomía del paciente que establece que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley.

En el debate acerca de la obligatoriedad de las vacunas se han formulado ya una propuesta concreta para incorporar a nuestro ordenamiento jurídico una cláusula expresamente habilitadora de la vacunación obligatoria, aunque en el ámbito autonómico. Se trata de la Ley de la Comunidad Autónoma de Galicia 8/2021, de 25 de febrero, de modificación de la Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia. Su artículo 38.2 dispone que “podrán adoptarse las siguientes medidas preventivas: ...5.ª) Sometimiento a medidas profilácticas de prevención de la enfermedad, incluida la vacunación o inmunización, con información, en todo caso, de los posibles riesgos relacionados con la adopción o no adopción de estas medidas”, lo que se completa en el artículo 41 bis que tipifica como infracción leve, “d) la negativa injustificada al sometimiento a medidas de prevención consistentes en la vacunación o inmunización prescritas por las autoridades sanitarias, de acuerdo con lo establecido en la presente ley, con la finalidad de prevención y control de una enfermedad infectocontagiosa transmisible, si las repercusiones producidas han tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población”, infracción que podrá ser tipificada como grave cuando el rechazo a la vacuna pudiera “producir un riesgo o un daño grave para la salud de la población, siempre que no sean constitutivas de infracción muy grave (art. 42 bis c), o, incluso, como muy grave “cuando se produjese un riesgo o un daño muy grave para la salud de la población” (art. 43 bis d).

Algunos especialistas y sectores consideran que si bien cabría adoptar una medida ablatoria de vacunación obligatoria en un contexto de grave riesgo para la salud pública como el que estamos viviendo, una fórmula legal de vacunación obligatoria genera cierta incertidumbre acerca de su eficacia real y, sobre todo, acerca de su incidencia en dicha posición negativa de la población hacia las vacunas. Algunos sectores consideran que la implantación de dicha vacunación obligatoria puede provocar una reacción aún más contraria a las vacunas (véase el Informe del Comité de Bioética de España de 19 de enero de 2016, de dilemas ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario. Puede accederse a dicho Informe a través de la página web del Comité, en <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/cuestiones-etico-legales-rechazo-vacunas-propuestas-debate-necesario.pdf>.)

En todo caso, el debate está en cierto modo alterado por cuanto que se confunden los conceptos y, más concretamente, los de vacunación obligatoria y forzosa. Así, cuando se habla de vacunación obligatoria debe entenderse que se hace referencia a un deber cuyo incumplimiento determina una consecuencia legal, ya sea una sanción económica o una limitación de un derecho. Así pues, el individuo que lo desatiende (rechaza ser vacunado) será multado, verá limitada su libertad de circulación, alteradas sus funciones laborales o suspendido su empleo y sueldo. Esto es lo que prevé la suspendida por orden constitucional Ley gallega de salud pública, antes citada. La consecuencia jurídica no es la vacunación forzosa del renuente, sino una multa económica.

Por el contrario, cuando de lo que se trata es de la vacunación forzosa, el individuo que desatiende la obligación será legalmente compelido a vacunarse, recurriéndose, incluso, a la fuerza de la autoridad. Es decir, el derecho afectado por la medida aquí sí es directamente la integridad del individuo. Se trata, por tanto, de dos medidas de distinto calado, desde la perspectiva de los derechos finalmente afectados por la limitación y su distinción como dos categorías distintas no es neutra para la operatividad del principio de proporcionalidad.

Cuando hablamos de vacunar obligatoriamente a un adolescente nos referimos a que el incumplimiento del deber legal no se traduce en una medida ablatoria que no afecta a su integridad física, traduciéndose, habitualmente, el rechazo o incumplimiento en una sanción económica o limitación de un derecho fundamental como pudiera ser la libertad de circulación. Cuando se trata de vacunación forzosa, el derecho individual en conflicto es el derecho a la integridad física.

Y tal diferencia, dicho sea de paso, permite afirmar, aunque pueda resultar paradójico, que la obligatoria encontraría, desde la perspectiva del principio de igualdad, una mayor objeción que la forzosa, sobre todo, si aquella se tradujera en una multa económica, dado que el impacto en la esfera de derechos del individuo dependerá de su capacidad económica (para algunas la multa sería, a la postre, una mera tasa por no vacunarse), mientras que la afectación de la integridad física que supone la forzosa nos afecta a todos por igual.

3. ¿Pueden el adolescente o sus padres, actuando éstos por representación, rechazar la vacuna?

A la hora de valorar la eficacia del rechazo a la vacuna hay que diferenciar entre que el sujeto, adolescente, y según lo explicado en el apartado anterior, esté actuando en su representación por disponer de la suficiente madurez intelectual y emocional, o que la decisión la adopten sus representantes a través del consentimiento por representación.

En el primer caso, las facultades de rechazo de las vacunas del adolescente “maduro” serían, en principio, las mismas que las de un mayor de edad, salvo que nos encontráramos en un contexto de grave riesgo para la salud colectiva y se hubiera adoptado por las autoridades públicas una decisión de vacunación obligatoria, cumpliendo ésta con los requisitos de la proporcionalidad. El adolescente con madurez intelectual y emocional suficiente para prestar el consentimiento a la vacunación no podría rechazarla, en las mismas condiciones que cualquier otro ciudadano, al haberse impuesto ésta como obligatoria por el contexto de grave riesgo para la salud colectiva.

Sin embargo, junto a ello, debemos también recordar lo que dispone el artículo 9.4 párr. 2.º, cuando señala que el menor de dieciséis o más años no tiene capacidad para rechazar el tratamiento, cuando ello suponga un grave riesgo para su salud. Así pues, aún cuando no se haya adoptado una medida de vacunación obligatoria por la autoridad pública en un concreto contexto de grave riesgo para la salud colectiva, puede aceptarse que el adolescente no pueda rechazar la vacuna, si en el caso concreto, tal rechazo suponga un grave riesgo para su vida o integridad.

Así pues, el adolescente con madurez intelectual y emocional puede rechazar la vacuna, como un mayor de edad, salvo que exista una situación de grave riesgo para la salud colectiva y se haya impuesto la vacunación obligatoria como medida necesaria, o que no vacunar a dicho adolescente suponga, en el caso concreto, un grave riesgo para su salud.

Por lo que se refiere a los casos en los que el consentimiento a la vacunación del adolescente se presta por representación, es decir, deben dar su autorización los padres de aquél, es importante recordar que el propio artículo 9 de la Ley de autonomía del paciente dispone, en su apartado 6, que los padres deben siempre actuar procurando el mayor beneficio para la vida o salud de su hijo representantes y si la decisión de los padres es contraria a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

Así pues, puede afirmarse que los padres no pueden, en principio, rechazar la vacunación de su hijo adolescente, cuando tal decisión ponga en riesgo la salud de su hijo. Los padres solo pueden actuar beneficentemente, en cuanto están decidiendo sobre un tercero, su hijo. El rechazo a la vacunación del niño por parte de sus padres carecería de toda eficacia jurídica, pudiendo removerse y ser suplida tal negativa por la autoridad pública, dado que aquéllos habrían actuado de manera maleficiente en el ejercicio de sus funciones de la patria potestad y custodia, véase, en contra de la salud de su hijo. Incluso, tal rechazo tendría legalmente la consideración de “situación de riesgo” en los términos que incorpora la Ley Orgánica 1/1996, cuando señala en su artículo 17.10 que “La negativa de los progenitores, tutores, guardadores o acogedores a prestar el consentimiento respecto de los tratamientos médicos necesarios para salvaguardar la vida o integridad física o psíquica de un menor constituye una situación de riesgo. En tales casos, las autoridades sanitarias, pondrán inmediatamente en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, tales situaciones a los efectos de que se adopte la decisión correspondiente en salvaguarda del mejor interés del menor”.

En el caso de padres en situación de separación o ruptura familiar, si la custodia la ostenta uno de los padres o es compartida (manteniendo ambos la patria potestad que es lo habitual), puede aceptarse la vacunación con el consentimiento por representación de uno de los padres (el que tenga la custodia en exclusiva o uno de los que la tenga compartida) cuando se trate de una vacuna ordinaria, es decir, de las recogidas en el correspondiente calendario, ya que se trataría de una decisión no extraordinaria. En el caso de tratarse de una vacuna extraordinaria, no prevista en el correspondiente calendario, la facultad de uno de los padres de consentir sin compartir la decisión con el otro progenitor dependerá de los riesgos ordinarios o extraordinarios que pudiera provocar la vacuna como tratamiento preventivo. Si el riesgo de la vacuna no es extraordinario, se seguiría el mismo régimen que hemos descrito al inicio de este párrafo.

Y ¿qué ocurre si uno de los padres, el que tiene la custodia en exclusiva o compartida rechaza la vacuna? En este caso, debería entenderse que el rechazo va en contra del mejor interés del menor de edad y, por tanto, se aplicaría lo dispuesto en el artículo 9.6 de la Ley de autonomía del paciente y el artículo 17.10 Ley Orgánica 1/1996.

4. ¿Son de aplicación los criterios anteriores al rechazo por los padres de la vacunación de su hijo adolescente frente a la Covid-19?

En el caso de la vacuna frente a la Covid-19, y en el estado actual de la evidencia científica, el problema radicaría en que, no siendo la vacunación del adolescente un acto que suponga, claramente, un beneficio individual para éste, sino, principalmente, para la salud colectiva, el régimen que hemos descrito, en virtud del cual, los padres no pueden rechazar la vacunación de su hijo quedaría algo matizado, ya que no podrá afirmarse que el rechazo de los padres es maleficiente para la salud su hijo, sino para la salud colectiva. Y a estos efectos, debemos recordar que la decisión de vacunar a un adolescente frente a la Covid-19, cuando el riesgo de una evolución tórpida e incluso mínimamente severa de la enfermedad de la Covid-19 es, según la evidencia científica actual, claramente improbable, se estaría adoptando, no en su beneficio, sino en el de la colectividad, y ello, podría atentar contra la dignidad del adolescente, al cosificarle, tratarle como un mero medio en beneficio de un fin colectivo.

Podría también afirmarse que obligar a un niño a vacunarse cuando no existe beneficio individual, sobre la base de un exclusivo beneficio para la colectividad, podría suponer un atentado a la dignidad de aquéllos, al tratarles como un mero medio u objeto para satisfacer los intereses colectivos, lo que, además, no puede ser salvado por la autonomía del que así lo acepta, al carecer el niño aún de plena capacidad de obrar y, por tanto, de autorizar algo que no le beneficia individualmente, y también al propio principio del interés superior del menor.

El problema de esta vacunación, desde una perspectiva ético-legal y en comparación con las vacunas que están indicadas para evitar muchas otras enfermedades víricas y bacterianas en la infancia, es que, si bien, en relación con éstas, la falta de vacunación del niño supone un riesgo no solo para la salud colectiva, sino para la propia salud individual del niño, en lo que se refiere a la vacuna frente a la Covid-19, los datos científicos indican que las posibilidades de que un niño desarrolle la enfermedad de la Covid-19 y, más aún, que ésta evolucione de manera tórpida o con un cuadro grave es harto improbable.

Así pues, si el motivo para vacunar a los niños quedara justificado por el interés colectivo y no tanto por el interés individual para su salud, a diferencia de las demás vacunas que se aplican habitualmente en la infancia, la negativa de los padres a su vacunación no podría considerarse ya una decisión de riesgo para la salud de su hijo, sino, meramente, de riesgo para la salud de la colectividad.

Este argumento que, en principio, podría informar en contra de impedir que los padres del niño puedan rechazar su vacunación frente a la Covid-19, al fundamentarse ésta, no en un beneficio individual, sino en un mero beneficio colectivo, puede ser, sin embargo, contradicho a partir de dos contraargumentos:

En primer lugar, la vacunación de los niños no puede afirmarse que se haga en exclusivo interés de la colectividad sin beneficio individual para su salud en la medida que, por un lado, no puede descartarse de manera absoluta que no puedan contraer la enfermedad de la Covid-19 y desarrollarla con graves consecuencias para su salud. La literatura científica describe casos que, aunque excepcionales, demuestran que los niños pueden estar expuestos a la enfermedad, sin la presencia de antecedentes o de un cuadro previo. Así pues, el beneficio individual no puede ser excluido, sino meramente minorado, lo que es distinto.

Por otro lado, sin la vacunación de todos o, al menos, muchos niños no es posible alcanzar la inmunidad colectiva o de grupo, ya que la población infantil (0 a 14 años) supone un poco más del 15% de la población total, porcentaje al que habría que sumar el de las personas que se han negado a recibir total o parcialmente la vacuna. De este modo, la presencia de reservorios no descartaría que nuevas variantes del virus puedan en el futuro afectar, incluso gravemente, la salud de los niños. En el estado actual de la pandemia y del conocimiento del virus, ello no es ahora muy probable, pero, en modo alguno, descartable a medio o largo plazo, más aún si no se alcanza la inmunidad colectiva.

Los datos preliminares sugieren que la enfermedad causada por variantes de interés sigue siendo leve en los niños pequeños, aunque sigue siendo esencial una estrecha vigilancia de las variantes emergentes, sin que pueda descartarse, por tanto, que pudiera surgir una variante que causara una enfermedad grave en los niños, como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (Jennie S Lavine et al, Vaccinating children against SARS-CoV-2 Hard to justify right now for most children in most countries, *BMJ* 2021;373:n1197).

Están surgiendo nuevas variantes a medida que el virus se adapta a su huésped humano y a la inmunidad generada por infecciones anteriores por SARS-CoV-2 y la vacunación. Por tanto, puede considerarse fundamental la vacunación de los niños para reducir la transmisión que puede volver a poner en riesgo la salud de los adultos (Jennie S Lavine et al, Vaccinating children against SARS-CoV-2 Hard to justify right now for most children in most countries, *BMJ* 2021;373:n1197). Y desde una perspectiva epidemiológica, si dejamos a los niños sin vacunar cuando los adultos han logrado ya la protección inmunológica, no puede excluirse la posibilidad de que los niños no vacunados se conviertan en el refugio del virus, dado que la mayoría de los casos de Covid-19 en niños son leves y asintomáticos (Xiaohui Zou, Bin Cao, COVID-19 vaccines for children younger than 12 years: are we ready?, *The Lancet*, June 28, 2021).

Además, el beneficio de la vacunación frente a la Covid-19 de un niño podría fundamentarse también en la mejora de su salud mental y su bienestar y en facilitar el regreso a la normalidad, incluida la reanudación de la presencia en las clases y de las interacciones sociales importantes para el desarrollo infantil (Editorial, Should we vaccinate children against SARS-CoV-2?, *The Lancet*, June 10, 2021). También se han destacado ciertos beneficios “indirectos” de la vacunación de los niños, al reducirse a través de su inmunidad el costo familiar de la enfermedad de sus padres, con el consiguiente impacto en la economía familiar y la situación de estrés crónico que puede

generar para todos los miembros de la misma (Perri Klass et al, Vaccinating Children against Covid-19 – The Lessons of Measles, NEJM, January 20, 2021).

Así pues, el requisito ético-legal de que concurra un beneficio individual para el niño que va a ser vacunado no debe quedar circunscrito a los beneficios estrictamente vinculados a la salud física, sino también a los beneficios para su salud mental y, en general, su bienestar y parece que, a este respecto, la vacunación puede incrementar notablemente dicho bienestar al permitirle integrarse con mayor facilidad en el desarrollo de actividades indispensables en el desarrollo de su personalidad, tales como acudir a la escuela o compartir juegos con sus pares.

En segundo lugar, debemos recordar que nuestro ordenamiento jurídico admite, excepcionalmente, aplicar un tratamiento a un menor de edad sin que concurra, en principio, el interés individual y solamente sobre la base del interés para terceros o para la colectividad. Un ejemplo paradigmático de ello lo encontramos en el ámbito de la regulación de los ensayos clínicos que, por analogía, puede aplicarse al debate que nos ocupa.

Así, puede recordarse que la regulación de los ensayos clínicos ha permitido, con carácter general, la participación de sujetos sin beneficio potencial directo para ellos en la investigación. Y en el caso concreto de los menores de edad ello se admite siempre que existan datos que permitan prever que los beneficios esperados superan los riesgos o, en su defecto, que el riesgo que conlleva el ensayo es mínimo y que las intervenciones a que van a ser sometidos los sujetos del ensayo, menores de edad en este caso, son equiparables a las que corresponden a la práctica médica habitual en función de su situación médica, psicológica o social.

Aplicando dichos requisitos por analogía a la vacunación de niños frente a la Covid-19 puede afirmarse que concurren ambos, en la medida que el riesgo descrito para la vacuna es, en principio, mínimo, no pudiéndose descartar, además, un beneficio individual, y que la vacunación es una práctica médica habitual en un menor de edad que, indispensablemente, habrá sido ya vacunado frente a otras enfermedades.

Además, se exige que, junto a los ya descritos principios de minimización del riesgo y de equivalencia de la práctica médica habitual, dos requisitos más: que del ensayo se pueden obtener conocimientos relevantes sobre la enfermedad o situación objeto de investigación, de vital importancia para entenderla, paliarla o curarla, es decir, un principio de especial relevancia o trascendencia del acto de salud, lo que en el caso de la vacunación frente a la Covid-19 concurre, dada la grave situación de pandemia en la que aún nos encontramos. Y, por último, que estos conocimientos no pueden ser obtenidos de otro modo, es decir, un principio de necesidad, lo que tampoco estaría ausente, dado que es harto difícil alcanzar la inmunidad de grupo o colectiva sin vacunar a los niños.

En relación con estas dos últimas ideas, debemos recordar que, habitualmente, la vacunación de los niños para inducir la inmunidad colectiva ha demostrado ser eficaz para prevenir la propagación de muchas enfermedades infecciosas, en las que los niños tienen un papel importante en la transmisión. Un alto nivel de inmunidad en un grupo de edad, que juega un papel en la transmisión, puede crear inmunidad colectiva para otros (Kim et al., 2011), y es evidente que la inmunización de niños es más efectiva que la vacunación de personas mayores, en determinadas situaciones, como se demuestra en inmunización contra influenza (Kim et al., 2011; Kim, 2014), enfermedad neumocócica (Pittet y Posfay-Barbe, 2012), rotavirus (Lopman et al., 2012) y muchas otras (T.P. Velavan et al., Herd immunity and vaccination of children for COVID-19, *International Journal of Infectious Diseases* 98 (2020) 14-15).

Por último, una muy reciente Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Vavříčka and Others v. the Czech Republic*, 2021, señala que el deber de vacunación infantil al que se oponen los padres no solo se fundamenta en la protección del propio niño, sino también en el deber de solidaridad social que permite justificar que se imponga la vacunación, incluso, a aquellos que se sienten menos amenazados por la enfermedad, cuando se trata de proteger a las personas más vulnerables.

En definitiva, aunque el régimen legal de la vacunación de un adolescente frente a la Covid-19 presente unos matices que lo diferencian del resto de vacunas habituales en los menores de edad, también es cierto que existen determinados principios y normas que sí permitirían salvar el rechazo de los padres cuando la vacunación tiene un fin de protección de la salud colectiva.

IV. EL SINGULAR AUTO DE 10 DE DICIEMBRE DE 2021 DEL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA DE ICOD DE LOS VINOS.

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

El reciente Auto de 10 de diciembre, del Juzgado de Primera Instancia nº2 de Icod de Los Vinos (Tenerife) ha supuesto un importante revés en la defensa de la vacunación anti-Covid de los menores de edad y, viceversa, un estímulo para quienes defienden que la vacuna en este segmento de la población resulta totalmente innecesaria e incluso contraproducente.

En este caso tanto el padre como su hijo menor de edad (al que se le concedió audiencia) manifestaron su deseo de que se le vacunase, en contra de la pretensión de la madre que, para fundamentar su oposición, aportó abundante documentación que ha servido al juzgador para motivar su polémica decisión, en este caso contraria a la vacunación.

Según consta en el auto, los argumentos empleados han sido:

1. Baja incidencia del Covid en población menor de edad.

En este sentido, ha sido traído al procedimiento por la progenitora el último informe del Instituto Carlos III (organismo público de carácter autónomo adscrito al Ministerio de Economía y dirigido por el Ministerio de Ciencia e Innovación), que revela que desde el pasado 22 de junio de 2020 hasta el 9 de junio de 2021 se ha constatado que, los menores de 19 años fallecidos en España como consecuencia de la infección del SARS-CoV-2 ascienden a 22 y los ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de dicha franja de edad, son 229. De forma que, de dicho informe se puede concluir que la tasa de mortalidad por COVID-19 en España de los menores de 19 años en el año analizado asciende a 0,00023861% y la tasa de hospitalización en UCI en igual período a 0,002484%.

(...)

La administración de una vacuna debe ir precedida de una ponderación de riesgos/beneficios, y en el presente procedimiento, ha quedado acreditado que los menores de edad apenas sufren las consecuencias del covid, atendiendo a la baja mortalidad (0,00023861%) y la baja hospitalización con pronóstico grave, en UCI (0,002484%), de los menores de 19 años, de forma que el posible beneficio que obtendría el menor de vacunarse es muy muy escaso.

2. Efectos adversos desconocidos a largo plazo de la vacuna.

No constituye un hecho controvertido entre los progenitores que la vacuna pueda producir efectos adversos a largo plazo, de hecho preguntado el progenitor acerca de dicha cuestión, manifiesta que “poniendo todo ello en una balanza, le da más importancia a protegerse y proteger”. Es difícil, por no decir imposible, poner en una balanza los efectos adversos a medio o largo plazo de la vacuna del covid, cuando los mismos son desconocidos en el momento actual, de forma que, lo que se está poniendo en uno de los lados de la balanza es una interrogación, una incógnita, para la que a fecha de hoy nadie puede ofrecer una respuesta certera, pues nadie lleva varios años vacunado del covid. En este sentido, no podemos obviar la abundante jurisprudencia existente acerca de condenas ya a farmacéuticas, ya a Administraciones Públicas por los efectos adversos de vacunas o medicamentos que han aparecido tiempo después de su ingesta o inoculación o que años después se ha determinado su relación de causalidad con el fármaco ingerido años atrás.

(Cita la Sentencia 377/2003 dictada por la Sección 2a de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León el 7 de octubre de 2003, así como el caso de la talidomida)

Por lo tanto, lo que pretendemos poner de manifiesto al señalar esta jurisprudencia es que los riesgos y efectos adversos de la vacuna covid, al igual que los de cualquier medicamento, fármaco o vacuna, pueden aparecer muchos años después de su ingesta o inoculación y que el hecho de que aparezcan tardíamente no significa que vayan a tratarse de efectos o secuelas leves, ya que nada obsta para que se trate de dolencias de gravedad. Además, y si bien desconocemos qué sucederá a medio o largo plazo, conforme consta en la documentación aportada por la progenitora, ya se han documentado efectos adversos graves a corto plazo, como lo son miocarditis y pericarditis, lo que sugiere cuanto menos, extremar la prudencia en la inoculación de la vacuna a los menores.

(...)

Y en cuanto al riesgo, habiéndose constatado efectos adversos de gravedad a corto plazo, y siendo totalmente desconocidos los que se pudieren dar a medio y largo plazo, entendemos que los posibles efectos adversos de la vacuna en el menor pueden ser muy superiores y pueden tener unas consecuencias adversas para su salud en comparación con el hecho de contagiarse de covid sin que se le hubiere suministrado vacuna alguna contra el covid.

3. Escasa certeza sobre la seguridad de la vacuna y su autorización de “emergencia”.

“Respecto al estado de desarrollo de las vacunas o medicamentos contra el covid, tenemos que efectivamente a fecha de hoy, ninguna de ellas cuenta con una autorización de vacuna que ha finalizado sus ensayos clínicos. Así, la Comisión Europea por previa recomendación de la EMA (Agencia Europea de Medicamento) ha concedido una autorización condicional de comercialización de emergencia a varias empresas o entidades farmacéuticas, por lo que Europa y por tanto, España disponen de ella. Conforme a la Ley de creación de la Agencia Española del Medicamento, así como a aquella que amplió sus competencias, no le compete a la Agencia Española del Medicamento la aprobación de vacunas, si no únicamente le corresponde la planificación y evaluación de las mismas cuando han sido autorizadas por la Unión Europea, ya que la aprobación en España de la vacuna que nos ocupa depende de la Comisión Europea, previo informe del EMA (Agencia Europea de Medicamento)”.

4. Improcedente invocación de argumentos de solidaridad para justificar la vacunación en menores:

“Por último, y en cuanto a las razones de solidaridad que se invocan para que el menor sea vacunado, hemos de realizar dos consideraciones.

La primera de ellas es que vacunar a los niños cuando el covid apenas tiene incidencia entre ellos, bajo el pretexto de que así protegen a sus abuelos, sería éticamente dudoso, máxime cuando hay mecanismos que se han revelado eficaces para evitar la propagación del virus tales como mascarillas u otras precauciones, siendo que en los casi dos años que llevamos de pandemia (uno de años sin autorización alguna para comercializar vacunas) no consta que XXXXXXXXX hubiere contraído el virus ni que lo hubiere contagiado a nadie.

Y la segunda de las consideraciones que hemos de hacer es que como es sabido, consta en la documentación aportada por la madre e incluso lo sabe el propio padre, pues así lo manifiesta en la audiencia que se le da, ninguna de las vacunas que se suministran en España en la actualidad inmuniza frente al virus, ninguna evita el contagio ni impide la transmisión. De forma que, difícilmente se van a beneficiar los no vacunados de una inmunidad que no se da por el hecho de que los demás se vacunen”.

5. Cuestionamiento de la eficacia de la vacunación para frenar contagios:

“Conforme al informe de Don Sergio Pérez Olivera, fechado en octubre de 2021, si comparamos los datos de España de hace un año con los actuales: la Incidencia Acumulada, era 8 veces menor que la actual; los fallecidos Covid eran 15 veces menos; el número de ingresos hospitalarios era 9 veces inferior y el número de ingresados UCI estaba 14 veces por debajo. Al margen de dicho informe, si atendemos a los datos públicos ofrecidos por el Centro Nacional de Epidemiología, tenemos que los contagios diarios son muy superiores a los de hace un año. Así, hace un año, no se había comenzado con la campaña de vacunación del covid en España, y sin embargo, ahora, tras casi un año suministrándose dicha vacuna, y con una alta tasa de vacunación que ronda el 80%, los datos de contagio no son mejores.

Ello nos lleva a confirmar lo que ya se sabía, que las vacunas no inmunizan y a constatar igualmente, que nos movemos en un terreno de inseguridad científica, plagado de incertidumbre”.

Nada que ver, por tanto, con lo resuelto por otros juzgados ante situaciones prácticamente idénticas, en los que la justicia se ha decantado claramente a favor de la vacunación del hijo menor de edad:

- Juzgado de Primera Instancia N°. 12 de Vigo, Auto 624/2021 de 15 de Noviembre de 2021, Proc. 726/2021.
- Juzgado de Primera Instancia N°. 51 de Barcelona, Auto 225/2021 de 28 Julio de 2021, Rec. 144/2021

En el primer caso, la resolución judicial resalta la seguridad de la vacuna y sus beneficios para los menores de edad:

“...es un hecho notorio que la vacuna ha sido aprobada por la Agencia Europea del Medicamento y por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, lo que permite suponer que se ha elaborado con las máximas garantías de calidad, seguridad y eficacia; y que los beneficios de su administración de las mismas superan los riesgos derivados de la misma constatados hasta el momento. Lo cierto es que en el momento actual el eventual riesgo para la salud de la menor es muy inferior al riesgo cierto que pudiera derivarse de su no vacunación en el supuesto de que la menor llegara a contraer la enfermedad, ya que en tal caso los efectos en su salud si llegara a contraer y desarrollar la enfermedad resultarían más perjudiciales..”,

Y en la segunda resolución judicial, el juzgado barcelonés hace especial hincapié tanto en el beneficio del menor, como en el beneficio para el conjunto de la sociedad, al afirmar que:

“La administración de las vacunas no supone un ataque a la integridad física de los menores, y sus beneficios, no solo para la protección de los menores sino también para la sociedad al evitar futuros contagios, son muy superiores a los inconvenientes de su administración”, llegando a decir la titular del juzgado de Barcelona que “Resulta incomprensible que el padre adopte una posición obstaculizadora, sin valorar el riesgo que supone la infección de Covid-19, y más cuando durante las últimas semanas se ha incrementado de manera exponencial el contagio entre los menores de 30 años, como es también un hecho notorio reflejado en todos los medios de comunicación”.

Como se puede observar, posturas muy alejadas de las recogidas en el auto que ahora nos ocupa.

4.- DOCUMENTOS DE INTERÉS.

Vicente Lomas Hernández
Doctor en Derecho.
Licenciado en CC. Políticas.
Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica.

I.- RECURSOS HUMANOS.

- Orden jurisdiccional competente: percepción de complemento de atención continuada en situaciones de incapacidad temporal, permisos por parto, lactancia y vacaciones.

STSJ de Castilla-La Mancha nº 10185/2021 rec núm. 274 de 2021

La interesada estuvo primero en IT por EC, luego permiso por parto, lactancia, y finalmente vacaciones. Reclama el 100% de las retribuciones con el abono del C. de AC

- a) Declara la falta de jurisdicción de este orden contencioso-administrativo para examinar la cuestión en los relativo a las peticiones relativas a la incapacidad temporal y el permiso por parto, admitiendo la competencia del orden contencioso-administrativo en lo que respecta al permiso por lactancia y las vacaciones.

Se trata de mejoras voluntarias de SS por lo que corresponde su conocimiento al orden social.

- b) Permiso por lactancia y vacaciones.

1. Se declara la competencia del orden contencioso-administrativo.
2. Añade respecto de estas dos situaciones -que presentan como común denominador que la interesada no había realizado guardias en los tres meses anteriores, que es la regla que se utiliza para el cálculo de la media de las guardias realizadas- que la denegación del abono del C. de AC resulta discriminatorio:
 - Respecto del permiso por lactancia: *“En los tres meses anteriores la mujer no realizó guardias porque se encontraba de permiso por parto, sin que ningún hombre pueda ver cómo semejante permiso impide que se realice el cómputo correspondiente”*.
 - Respecto de las vacaciones: *“Ningún hombre va a carecer de dichos tres meses anteriores para el cómputo por haber estado, durante los mismos, en situación de permiso por maternidad y permiso por lactancia”*.

En consecuencia, para ambas situaciones (abono AC en lactancia y vacaciones sin guardias en los tres meses anteriores), declara que para el cálculo de lo que se tiene que abonar *“se habrá que tomar la media de los tres últimos meses en que efectivamente prestase atención continuada”*

Más información: poderjudicial.es

Bloque SSTs abuso de la Administración sanitaria de personal temporal y sus consecuencias:

1.- Nombramiento de interinidad. Abuso de la Administración.

STS 16-12-2021, nº 1510/2021, rec. 6157/2018.

Desde el 6 de diciembre de 2002 y hasta el 20 de noviembre de 2008 doña Esperanza desempeñó funciones de su condición de enfermera, estableciéndose la relación laboral a través de diversos nombramientos de personal estatutario temporal (de carácter eventual y de sustitución), caracterizándose por ser de muy diversa duración -de días a pocos meses-, en diversos centros de trabajo, y por no ser nombramientos sucesivamente encadenados.

Después, el 1 de diciembre de 2009, recibió un nombramiento temporal, esta vez de carácter interino por ocasión de vacante, desempeñando las funciones de enfermera que le son propias en el mismo Centro de Salud de Lumbrales hasta el 22 de noviembre de 2016, momento en que fue dictado el acto de cese impugnado.

La Sala declara:

- a) Resulta aplicable el concepto de " sucesivos contratos o relaciones laborales de duración determinada " de la cláusula 5ª del Acuerdo Marco que incorpora la Directiva 1999/70/CE del Consejo, de 28 de junio de 1999.

"...de los hechos que han quedado reflejados deriva claramente que la relación de servicio de duración determinada que le une a esa administración territorial se caracteriza porque (i) lo es hasta que la plaza vacante para la que ha sido nombrado sea provista de forma definitiva; (ii) la plaza ocupada lo fue de modo ininterrumpido hasta su cese durante varios años --7 años, 10 meses y 22 días, como explicita la certificación de servicios-- y desempeñando de forma constante y continuada las mismas funciones; (iii) el mantenimiento de modo permanente de dicho empleado público en esa plaza vacante se debe al incumplimiento por parte del empleador de su obligación legal de incluir la plaza en la oferta de empleo público en los términos del artículo 10.4 del EBEP".

- b) Constata la existencia de fraude en el nombramiento y abuso por la Administración.

La relación temporal de interinidad no responde a los requisitos legalmente establecidos para justificar una relación estatutaria de carácter temporal y es evidente que esa prestación de servicios no responde a razones de necesidad, urgencia o al desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, sino que se trata de encubrir la existencia de necesidades estructurales y permanentes. Ello determina un fraude en el nombramiento y la existencia de abuso por parte de la Administración.

Más información: poderjudicial.es

2.- Abuso de la Administración de nombramiento estatutario eventual.

STS 1.410/2021 de 1 de diciembre, nº de rec 4133/2019.

El auto de admisión dictado el día 4 de febrero de 2021 considera de interés casacional objetivo las siguientes cuestiones:

"1ª.- Si puede entenderse que en un caso como el caso examinado, donde existe un nombramiento de personal estatutario sanitario de carácter eventual para la atención continuada, con vigencia continuada desde el año 2003 y, en todo caso, superior a los plazos previstos en el último párrafo del artículo 9.3 Estatuto Marco del Personal Estatutario, se ha producido o no una utilización abusiva del nombramiento a los efectos de la previsión contenida en tal precepto y, en el caso de que se constate ese uso abusivo, cuáles deben ser las consecuencias profesionales y económicas que se anudan en dicha declaración de abuso.

2ª.- Si la exclusiva percepción del complemento de atención continuada en su condición de estatutario temporal de carácter eventual para la atención continuada, integra o no un supuesto de desigualdad retributiva frente al personal fijo o interino contrario al principio constitucional de igualdad."

En el presente caso la persona nombrada ha estado desempeñando durante varios años, de manera ininterrumpida, las mismas funciones y atendiendo las mismas necesidades asistenciales en el mismo Centro de Salud.

Solicita:

Creación como estructural de la plaza que ocupa como personal estatutario eventual para atención continuada en el Centro de Salud Trinitat de Valencia; (ii) Que se le considere como personal estatutario indefinido de la Consejería e interino a efectos de la cobertura de la citada plaza; (iii)

Reconocimiento del derecho al cobro de las retribuciones de los últimos cuatro años que, como personal interino, le hubiesen correspondido en aplicación de los artículos 41 y 42 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (EM).

La respuesta de la Sala:

En primer término la Sala analiza si este supuesto es o no constitutivo de situación de abuso conforme al derecho comunitario:

"Nos encontramos ante un supuesto de hecho subsumible en el concepto de "sucesivos contratos" de la cláusula 5 del Acuerdo Marco incorporado a la Directiva 1999/70/UE, y que concurre una situación de abuso. Ello ha de ser así porque (i) la persona nombrada ha estado desempeñando durante varios años, de manera ininterrumpida, las mismas funciones y atendiendo las mismas necesidades asistenciales en el mismo Centro de Salud; (ii) y esa situación de permanencia indefinida se debe al incumplimiento por parte del empleador de la obligación que le impone el inciso final del artículo 9.3 del EM.

Idéntica conclusión si el análisis se realiza tomando en consideración la regulación nacional de la figura del personal estatutario eventual:

La relación temporal de carácter eventual no responde a los requisitos legalmente establecidos para justificar una relación estatutaria de esa naturaleza y es evidente que esa prestación de servicios no responde a razones de necesidad, urgencia o al desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, sino que se trata de encubrir la existencia de necesidades estructurales y permanentes.

Por lo que respecta a las consecuencias que se derivan de esta situación de abuso prolongado por parte de la Administración:

- a) No es posible la condena a crear una plaza en la estructura asistencial valenciana debido a que en dicha CA no existen plazas específicas de atención continuada, ni esa categoría de Médico de Atención Continuada.
- b) Respecto al hecho de que en esa situación de desempeño exclusivo de atención continuada en virtud de nombramiento eventual, percibe únicamente como contraprestación la cuantía del complemento retributivo de "atención continuada" estamos ante un tipo de jornada que tiene un específico régimen retributivo para cualquier tipo de personal que preste la asistencia sanitaria en esa jornada"

Con lo hasta hora argumentado se da respuesta a las cuestiones de interés casacional:

1ª) En un caso como el caso examinado, donde existe un nombramiento de personal estatutario sanitario de carácter eventual para la atención continuada, con vigencia ininterrumpida desde el año 2003, puede afirmarse que se ha producido una utilización abusiva del nombramiento de carácter temporal efectuado al recurrente .Pero ello no permite, a la vista de las particularidades del caso, la condena a la Administración para crear una plaza de carácter fijo a desempeñar por el recurrente con nombramiento de personal estatutario interino que se mantendría hasta su cobertura ordinaria o su amortización administrativa.

2ª.- La exclusiva percepción del complemento de atención continuada en su condición de estatutario temporal de carácter eventual para la atención continuada, no integra un supuesto de desigualdad retributiva frente al personal fijo o interino que desempeña esa atención continuada como complemento de su jornada ordinaria completa o parcial.

Más información: poderjudicial.es

3.- Encadenamiento de nombramiento de refuerzo y nombramiento interino para cubrir necesidades permanentes (I)

STS 10-12-2021, nº 1451/2021, rec. 7459/2018.

Doña Rafaela desempeñó funciones de enfermera en el centro de salud de Ciudad Rodrigo (Salamanca) como personal de refuerzo entre el 1 de noviembre de 2002 y el 9 de enero de 2006; y más tarde, en virtud de nombramientos como interina, entre el 30 de enero de 2006 y el 23 de noviembre de 2010, así como entre el 24 de noviembre de 2010 y el 8 de noviembre de 2016. Mediante resolución del Gerente de Atención Primaria de Salamanca de 8 de noviembre de 2016 se produjo su cese como interina, por haberse adjudicado la plaza a un nuevo titular.

Hubo un encadenamiento de un período como personal de refuerzo (entre 2002 y 2006) con otros posteriores como personal interino (entre 2006 y 2016). Éste es, sin duda, un tiempo considerable y no consta que hubiera interrupciones significativas. Además, si bien la Administración ha argumentado convincentemente que los nombramientos respondieron a causas legalmente previstas, nada ha dicho para mostrar que esos nombramientos como personal de refuerzo y como personal interino estuvieran destinados a algo distinto que cubrir una necesidad permanente. Y esto es lo que habría debido justificar para despejar cualquier sombra de abuso.

Por lo que respecta a las consecuencias, la Sentencia parte de dos premisas fundamentales que viene reiterando en todos estos casos:

“En primer lugar, cuando se comprueba que la Administración ha hecho nombramientos no justificados de personal interino -o, más en general, de duración determinada- la respuesta no puede ser aplicar criterios de la legislación laboral. Es perfectamente sabido que la relación estatutaria de servicio se rige por el Derecho Administrativo y consiste, entre otras cosas, en la aceptación por el empleado de una serie de reglas que conforman un "estatuto" en gran medida heterónomo. En este sentido, no hay ninguna identidad de razón con la legislación laboral, por lo que carece de fundamento que los tribunales la apliquen en este ámbito, ni siquiera como fuente de inspiración.

En segundo lugar, dado que no puede ser el cese ajustado a Derecho lo que ocasione un daño susceptible de indemnización, ésta sólo tendría fundamento si mientras duró la situación de interinidad y como consecuencia de la misma se produjo una lesión física o moral, una disminución patrimonial o una pérdida de oportunidad que el empleado público interino no tuviera el deber jurídico de soportar.”

Por lo que concluye:

“La utilización por la Administración sanitaria de personal de refuerzo y de personal interino para realizar una misma función y en un mismo centro, mediante nombramientos sucesivos y sin interrupción significativa de la continuidad en la relación de servicio, constituye objetivamente un abuso del empleo público de duración determinada; máxime cuando dicha situación se prolonga durante un período dilatado de tiempo. La calificación de la situación como objetivamente abusiva sólo puede excluirse si la Administración muestra que dicha utilización del empleo público de duración determinada no estaba encaminada, en el caso concreto, a satisfacer una necesidad permanente.

Dicho esto, el mero hecho de que haya habido una situación objetivamente abusiva, en los términos que se acaban de señalar, no implica automáticamente que quien se halló en ella haya sufrido un daño efectivo e identificado. De aquí que no quepa reconocerle un derecho a indemnización por esa sola circunstancia; algo que el ordenamiento jurídico español y, más en concreto, la regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración no permiten”.

Más información: poderjudicial.es

4.- Encadenamiento de nombramiento de refuerzo y nombramiento interino para cubrir necesidades permanentes (II).

STS 1417/2021 n de rec 6293/2018, de 1 de diciembre.

Enfermero, venía prestando servicios en el Servicio de Salud de Castilla y León del 11 de abril de 2003 hasta el 30 de noviembre de 2008, con categoría de enfermero y en calidad de "refuerzo" y desde el 1 de diciembre de 2008, con categoría de ATS/DUE, como interino en plaza vacante, según la sentencia de primera instancia en el centro de salud de Alba de Tormes (Salamanca), pero según la certificación de servicios prestados aportada como prueba, en Peñaranda de Bracamonte.

Fue cesado el 15 de noviembre de 2016 por la resolución impugnada en primera instancia y como causa del cese figura " C3-CON FIN RELAC SERVICIOS. Modalidad: EN-FINALIZACIÓN PERIODO DE CONTRATO".

2.El interesado solicita:

1º Que se le repusiese en la relación estatutaria, readmitiéndole con efectos de la fecha del cese y abono de los salarios que se hubieran devengado desde la misma en el caso de que se hubiera prestado de forma efectiva el trabajo.

2º Subsidiariamente, que se condenase a la Administración a que le indemnizase en los términos previstos en el Estatuto de los Trabajadores para el despido improcedente.

La Sala reproduce los argumentos ya recogidos en sentencia 1401/2021, de 30 de noviembre, dictada en el recurso de casación 6302/2018, es decir:

- a) Reconoce la existencia de una situación de abuso en un caso como en el presente en que hubo una concatenación de nombramientos desde el 11 de abril de 2003 hasta el 30 de noviembre de 2008, con categoría de enfermero como funcionario sustituto", personal "estatutario eventual" y "estatutario sustituto"; y, sin solución de continuidad, desde el 1 de diciembre de 2008 hasta su cese en 2016, como personal interino.
- b) El mero hecho de haber sido personal interino durante un tiempo más o menos largo, incluso si ha habido nombramientos sucesivos no justificados por la Administración, no implica automáticamente que haya habido un daño. Resulta preciso acreditar la existencia de un daño o lesión.
- c) El abono de una indemnización debe responder a la necesidad de resarcir daños o perjuicios efectivos e identificados como responsabilidad patrimonial, y no como castigo a la Administración que ha permitido -si no alentado- esa utilización ilegítima de figuras de empleo público de duración determinada.

Más información: poderjudicial.es

5.- Responsabilidad patrimonial e indemnización por encadenamiento abusivo de nombramientos interinos por la Administración.

STS de 15 de noviembre 2021 (rec. 6103/2018)

Enfermera que ha desempeñado funciones en un centro de salud como personal de refuerzo durante 6 años y medio (entre 2002 y 2008); y más tarde, en virtud de nombramientos como interina, desde diciembre 2008 a febrero 2011; y desde marzo 2011 a noviembre 2016, produciéndose el cese en ese momento (nombramiento de titular para la plaza ocupada interinamente).

En la instancia (JC-A\1 Salamanca 13 de febrero 2018) y apelación (STSJ CyL\Valladolid 3 de julio 2018, rec. 191/2018) se le reconoce derecho a una indemnización de 20 días con un máximo de 12 meses.

Frente a esta sentencia interpuso recurso de apelación el Letrado de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

El TS dice:

"El mero hecho de haber sido personal interino durante un tiempo más o menos largo, incluso si ha habido nombramientos sucesivos no justificados por la Administración, no implica automáticamente que haya habido un daño".

Si el cese ha sido ajustado a Derecho, este no puede ser el que ocasione un daño susceptible de indemnización. En tales casos, (recogiendo el criterio de las sentencias de 26 de septiembre 2018) entiende que:

"ésta [la indemnización] sólo tendría fundamento si mientras duró la situación de interinidad y como consecuencia de la misma se produjo una lesión física o moral, una disminución patrimonial o una pérdida de oportunidad que el empleado público interino no tuviera el deber jurídico de soportar. Pero esto (...) pasa por presentar una reclamación por daños efectivos e identificados con arreglo a las normas generales en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración y, por supuesto, acreditar tales daños; algo que ni siquiera se ha intentado en este caso".

Y añade:

"La regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración no contempla la posibilidad de otorgar indemnizaciones a fin de sancionar comportamientos administrativos ilegales, satisfaciendo una necesidad de prevención general o disuasión por esta vía indirecta. Tampoco es fácil encontrar supuestos de daños punitivos en la legislación civil española".

Más información: poderjudicial.es

II.- DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

- **Artículo:** La incapacidad temporal laboral en los tiempos del COVID-19, aspectos preventivos y consecuencias.

Autores: José Manuel Vicente-Pardo, Araceli López-Guillén-García

La incapacidad temporal por COVID-19 fue regulada de forma expresa, mediante diversas normas e instrucciones, cubriendo tanto el aislamiento por contacto, por infección o para trabajadores sensibles. Supuso la integración de la protección preventiva laboral amparada su protección en una la prestación económica dotada de mayor cuantía. Analizando las consecuencias de la pandemia en la primera ola, confinamiento, desescalada y vuelta a la normalidad, meses de marzo a octubre, el impacto «colapsante» del COVID-19 en el sistema sanitario supuso la paralización y el aumento de listas de espera para pruebas, operaciones y consultas no urgentes del resto de patologías, y consecuentemente un elevado incremento de la duración media de las bajas laborales por todos los procesos, en el confinamiento y la desescalada en un 84,48% y en un 25,27% las bajas prolongadas que alcanzaron más de 365 días. En consecuencia, el COVID-19 como efecto colateral supuso una mala evolución del resto de procesos, prolongando la duración de las incapacidades temporales, lo que supone un empeoramiento de la salud laboral, un riesgo mayor de no retorno al trabajo que sucede en las bajas largas, mayor riesgo de desempleo, un mayor gasto en prestaciones y un deterioro económico para empresas y autónomos. La incapacidad temporal por COVID-19 suponía al final de octubre 2020 el 38,73% de todas las bajas.

Más información: scielo.isciii.es

- La participación de los MIR en los servicios mínimos no resulta contraria al derecho a la huelga.

STS 1523/2021 de 17 de diciembre de 2021, Rec. 2208/2020.

El Tribunal Supremo desestima el recurso de interés casacional interpuesto por el Sindicato Médico de Navarra contra la sentencia del TSJ Navarra que revocó la dictada por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 3 de Pamplona y declaró que la Resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se garantiza el funcionamiento de los servicios mínimos esenciales y se determina el personal preciso para la atención de los mismos en este organismo autónomo, con motivo de la huelga convocada para el día 3 Mayo 2019 no vulnera el derecho fundamental a la huelga de los Médicos Internos Residentes.

El objetivo formativo que persigue su contratación no excluye su condición de trabajadores vinculados a los centros sanitarios por un contrato laboral, y esta condición debe prevalecer sobre la finalidad formativa para garantizar la prestación asistencial imprescindible en caso de huelga.

Más información: poderjudicial.es

III.- SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- INFORME MEDIAS 2021 ECONOMÍA Y SALUD.

La Fundación Economía y Salud analiza los siguientes indicadores en doce de las diecisiete CCAA:

1. Impulso de la Atención Sanitaria para la mejora de la eficiencia asistencial.
2. Desarrollo de iniciativas de gestión del capital humano.
3. Grado de desarrollo de la continuidad Socio-asistencial en el proceso integrado asistencial.
4. Desarrollo de las actuaciones para afrontamiento de epidemias/pandemias.
5. Gestión de la tecnología y la Información.
6. Promoción y prevención de la salud.
7. Grado de consideración de los Resultados y el Benchmarking.
8. Gestión de capacidad logística de aprovisionamiento.

Más información: fundacioneconomyysalud.org

IV.- PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

- ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19.

Más información: mscbs.gob.es

- Interposición de diligencia preliminar en Juzgado Civil y plazo de prescripción de responsabilidad patrimonial sanitaria.

ATS 25-11-2021, rec. 5031/2021.

La cuestión sobre la que se entiende existe interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia consiste en determinar si la interposición de una diligencia preliminar en un Juzgado Civil para la obtención de la historia clínica constituye una acción idónea para interrumpir el plazo de prescripción del derecho a reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por daños derivados de la actuación sanitaria.

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

V.- CONTRATACIÓN PÚBLICA.

- INSTRUCCIÓN DE 23 DE DICIEMBRE DE 2021 DE LA JUNTA CONSULTIVA DE CONTRATACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO SOBRE ASPECTOS A INCORPORAR EN LOS EXPEDIENTES Y EN LOS PLIEGOS RECTORES DE LOS CONTRATOS QUE SE VAYAN A FINANCIAR CON FONDOS PROCEDENTES DEL PLAN DE RECUPERACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA.

Aspectos a incluir en los pliegos rectores del contrato.

- a) En los pliegos es conveniente incluir una referencia a los hitos y objetivos que se han de cumplir, a los plazos temporales para su cumplimiento y a los mecanismos establecidos para su control. Podrán preverse penalidades y causas de resolución del contrato con el fin de garantizar su cumplimiento.
- b) En los pliegos se habrá de incluir necesariamente una referencia al preceptivo cumplimiento de las obligaciones asumidas en materia de etiquetado verde y etiquetado digital y los mecanismos establecidos para su control, así como al preceptivo cumplimiento de las obligaciones asumidas por la aplicación del principio de no causar un daño significativo y las consecuencias en caso de incumplimiento)
- c) En los pliegos se habrá de incluir necesariamente una referencia expresa a la obligatoria aplicación al contrato en cuestión del plan de medidas antifraude y anticorrupción -incluyendo el conflicto de intereses correspondiente al contrato, que habrá de haberse aprobado previamente por la entidad decisora o ejecutora.
- d) En los pliegos se habrá de incluir necesariamente la obligación de cumplimentación de la Declaración de Ausencia de Conflicto de Intereses (DACI) por todas las personas obligadas a ello.
- e) También se hará constar en el pliego la obligación de cumplimiento de las obligaciones de información previstas en el artículo 8.2 de la Orden HFP/1030/2021, de 29 de septiembre.

- f) La obligación de aportación por parte del contratista y de los subcontratistas de la información relativa al titular real del beneficiario final de los fondos en la forma prevista en el artículo 10 de la Orden HFP/1031/2021, de 29 de septiembre.
- g) La sujeción a los controles de la Comisión Europea, la Oficina de Lucha Antifraude, el Tribunal de Cuentas Europeo y la Fiscalía Europea y el derecho de estos órganos al acceso a la información sobre el contrato.
- h) Las normas sobre conservación de la documentación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 132 del Reglamento Financiero.
- i) En los pliegos se han de hacer constar otras cuestiones tales como el obligado cumplimiento de los compromisos en materia de comunicación, encabezamientos y logos que se contienen en el artículo 9 de la Orden HFP/1030/2021, de 29 de septiembre.

Más información: hacienda.gob.es

VI.- DERECHO PROCESAL

- **Organización Nacional de Trasplantes: legitimación para intervenir en el proceso por delito de tráfico ilegal de órganos humanos.**

STS 857/2021, de 11 Noviembre 2021.

La Sentencia estima el recurso de casación interpuesto por la Abogacía del Estado, en la representación que legalmente ostenta del Ministerio de Sanidad (Organización Nacional de Trasplantes) contra la sentencia dictada por la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Valencia, de fecha 7 de octubre de 2019 que queda anulada.

En el presente caso los acusados querían comprar el órgano a quien lo tenía, así como utilizar la red sanitaria del Estado español para conseguir su fin, en lugar de recurrir a los cauces habilitados al respecto. El fraude lo es también al sistema sanitario español, y ello habilita la legitimación de la Abogacía del Estado.

En este sentido el TS manifiesta que el tráfico de órganos presenta una dimensión lesiva supraindividual, al comprometer valores básicos, como los principios de altruismo y solidaridad en la donación y equidad en el acceso a terapias de trasplantes.

Por tanto, junto a la salud de los propios perjudicados directos como donantes que son víctimas de los autores de los delitos de tráfico de órganos existe también un bien que, como interés supraindividual, debe estar protegido y tutelado en el delito del artículo 156 bis del código penal, que es la salud de las personas en general y la protección del sistema sanitario como organización afectada por la comisión de hechos delictivos que afectan, en esencia, a la propia organización del trasplante de órganos implementado en el sistema sanitario. Y ello, porque queda perjudicada la propia estructura de la sanidad como institución que queda utilizada con fraude al servicio de intereses particulares.

Más información: poderjudicial.es

VII.- TRANSPARENCIA

- Derecho a conocer las actas y acuerdos de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS.

Consejo de Transparencia y Buen Gobierno. R/0495/2021; 100-005369

La solicitud de información tiene por objeto acceder a las actas y acuerdos de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS en el año 2020 y determinados meses del año 2021.

El Ministerio resolvió que si bien extemporáneamente, la solicitud de acceso comunicando que la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS no se considera un órgano colegiado, en los términos de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, por lo que no hay obligación de generar actas ni órdenes del día de las reuniones del mismo.

Por el contrario el CTBG deja claro que esta Comisión adopta acuerdos con gran trascendencia para el uso de medicamentos:

“La Comisión Permanente de Farmacia del citado Consejo Interterritorial, está formada por las Comunidades Autónomas (CCAA) y el resto de entidades gestoras (INGESA y Mutualidades), la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia (DGCYF). Adopta acuerdos sobre, por ejemplo, los precios menores de los medicamentos y de su revisión en el momento en que las circunstancias lo permitan, información que se hace pública con un mes de antelación, en cumplimiento de lo dispuesto en la Orden SPI/3052/2010 de 26 de noviembre (B.O.E de 29 noviembre de 2010), por la que se determinan los conjuntos de medicamentos y sus precios de referencia, o elabora el Plan de consolidación de los informes de posicionamiento terapéutico (IPT) de los medicamentos en el SNS7 , entre otras funciones.

Es innegable, por tanto, que adopta acuerdos que inciden en los medicamentos de uso público que tienen especial relevancia pública por su contenido y alcance en la sociedad en general.

En definitiva, siguiendo el criterio mantenido anteriormente por este Consejo de Transparencia-entre otras, las resoluciones R/0217/2017; R/0033/2018; R/0066/2018; y, finalmente, R/0293/2018-, y la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo, a juicio de este Consejo la información solicitada reúne la condición de “información pública” en el sentido del artículo 13 de la LTAIBG”

Más información: consejodetransparencia.es

- Derecho a conocer la composición actual del Grupo de Coordinación de la REvalMed SNS.

Consejo de Transparencia y Buen Gobierno R/0548/2021; 100-005450

El CTBG insta al Ministerio de Sanidad a que, en el plazo máximo de 10 días hábiles, remita a la reclamante información solicitada sobre la composición actual del Grupo de Coordinación de la REvalMed SNS; concretamente, los nombres y apellidos de los Coordinadores de los Nodos de Evaluación y de los Representantes de las CCAA que no estén coordinando nodos de evaluación.

“Teniendo en cuenta la naturaleza y funciones del Grupo de Coordinación de la REvalMed, este Consejo considera que se dan las circunstancias apreciadas en los precedentes citados para conceder el acceso. Lo solicitado tiene relevancia, no sólo para el ciudadano que presenta la solicitud, sino para el conjunto de la ciudadanía por cuanto sus integrantes realizan una labor de gran relevancia cual es la de realizar informes que sirven de base para adoptar decisiones tan esenciales como la inclusión de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud y la fijación de su precio”.

Más información: consejodetransparencia.es

VIII.- PROFESIONES SANITARIAS

- La planificación y aplicación de tratamientos e intervenciones en medicina estética no es competencia de enfermería.

STS 11-10-2021, nº 1222/2021, rec. 883/2020.

El problema esencial de la presente controversia se centra en la determinación de a qué profesión sanitaria corresponde, en el ámbito de la Medicina Estética, la planificación y aplicación de tratamientos e intervenciones, si a la profesión de odontólogo o a la profesión de enfermero. Y si, consiguientemente, puede el Colegio Oficial de Enfermería ordenar determinados aspectos del ejercicio profesional del enfermero en el ámbito de los cuidados corpo-estéticos y de la prevención del envejecimiento para la salud.

El TS declara:

1. La ausencia de marco normativo específico en medicina estética no habilita al Consejo General de Enfermería para dictar resoluciones en el ámbito de los cuidados corpo-estéticos y de la prevención del envejecimiento para la salud. En modo alguno, una eventual ausencia de específica regulación, legal y reglamentaria, según el caso, en dicha área de prestación de servicios sanitarios, relativa a la estética y prevención del envejecimiento, puede comportar la habilitación del Consejo General para ordenar y regular la delimitación de funciones profesionales entre el personal médico y el de enfermería, pues siguen siendo de aplicación las normas generales señaladas sobre los contornos en los que debe desenvolverse cada una de las profesiones sanitarias tituladas y ello supondría que cuando no hay especialidad médica específica al respecto, el Consejo General de Colegios podría dictar resoluciones como la impugnada en la instancia, para que el personal de enfermería ocupara el espacio que la Ley reserva, con carácter general, a la función sanitaria que realizan los profesionales médicos (FJ 2).

2. Respecto a la historia clínica, se discute la viabilidad de crear una historia clínica específica de enfermería.

La sentencia de instancia, en este punto concreto, dirigió su reproche a lo previsto en el apartado 5.1.2 de la resolución impugnada que bajo el título "COMPETENCIAS EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL" afirmaba que el/la enfermero/a *"Realizará una historia clínica de enfermería del individuo basado en la recogida de datos como anamnesis, alergias, tratamientos realizados con anterioridad, respetando la confidencialidad de los mismos y lo establecido al respecto en la normativa sobre protección de datos personales"*.

Y respecto de este extremo concreto, tras reseñar lo previsto en los arts. 3, 14 y 15 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, argumentó que *"no aparece regulado entre la normativa de aplicación una historia clínica distinta de la que se regula en los preceptos citados, con los que el Consejo demandado carece de competencia al respecto"*. Y más adelante añade *"En consecuencia y en aplicación de la normativa expuesta, no es posible legal y jurídicamente la elaboración de una historia clínica de enfermería del individuo como historia clínica distinta de que la que se regula en los preceptos citados"*.

En este mismo sentido ahora el TS declara que *La sentencia no impide que los enfermeros accedan al historial clínico e incluyan los datos derivados del ejercicio de sus funciones asistenciales, eso sí teniendo en cuenta que el medico responsable es el profesional que tiene que coordinar la información (art. 3 de la Ley 41/2002) y que la incorporación de información al historial clínico del paciente ha de ser trascendente para el conocimiento actualizado del estado de salud del paciente y la constancia de los datos en el historial clínico se hace siempre "bajo criterio médico" (art. 15.2 de dicha norma).*

Más información: poderjudicial.es

- Incidente de nulidad contra la STS de 11 de octubre de 2021.

ATS 14-12-2021, rec. 883/2020

El incidente de nulidad sostiene que la sentencia tendría que haber abordado con mucho más detalle si la planificación y aplicación de tratamientos e intervenciones pertenece a la profesión de odontólogo o la de enfermero, y si el Colegio de Enfermería puede ordenar determinados aspectos del ejercicio profesional de enfermero, analizando pormenorizadamente cada una de las alegaciones planteadas en el recurso y cada una de las disposiciones invocadas que recogen los cuidados de enfermería (en especial una Orden de 1945, un Decreto de 1960 y otra Orden Ministerial de 1973).

La STS de 10 de mayo de 2021 consideró que la regulación realizada por el Consejo en la resolución impugnada excede de la reserva legal existente, rebasa su competencia y desconoce la imposibilidad de proceder a una delimitación de funciones de los enfermeros con la profesión médica. La sentencia confirma el criterio de instancia de que el Colegio no se ha limitado a ordenar la actividad, sino que ha procedido a regular la profesión excediéndose de sus competencias, y añade que, tal y como se sostuvo en la sentencia de 10 de mayo de 2021, la previsión del artículo 5 de la Ley 2/1974 de Colegios Profesionales "no apodera al Consejo General recurrente para regular, en los términos en que se hace en la resolución impugnada en la instancia, las funciones de los profesionales de **enfermería**, desvinculadas de la actividad asistencial del médico y de la coordinación médica cuando resulta precisa".

Por tal motivo, ahora la Sala desestima el incidente de nulidad de actuaciones promovido por la representación procesal del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España contra la sentencia de esta Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de octubre de 2021.

Tales razones determinan que no fuese preciso analizar pormenorizadamente cada una de las tareas que la resolución impugnada atribuye a los enfermeros, pues lo que se cuestiona es la posibilidad de proceder a dicha regulación y la delimitación de funciones por vía de una resolución como la impugnada.

Más información: poderjudicial.es

IX.- PROTECCIÓN DE DATOS

- **Condena de prisión a médico por acceso indebido a la historia clínica de su empleada de hogar.**

SAP de Alicante de 26-10-2021, nº 358/2021, rec. 569/2021.

Hechos probados:

“Valentina comenzó a trabajar como empleada de hogar en el domicilio en el que Constancio residía con su cónyuge Carmela, hace unos 20 años aproximadamente. El día 23 de abril y el día 8 de mayo, ambos de 2018, Constancio, desde el Servicio de la Unidad de Cardiología del Hospital donde él trabajaba como médico especialista en cardiología, accedió a la historia clínica electrónica de Valentina, cuando la misma se encontraba en situación de incapacidad laboral temporal (pues solicitó dicha baja laboral a mediados del mes de abril de 2018); sin que en esas fechas Constancio estuviera prestando asistencia médica a Valentina, ni seguimiento de tratamiento médico y asistencia alguno, procediendo, al efectuar dichas consultas, sin consentimiento ni autorización de Valentina, sino que procedió de dicha forma para conocer el motivo o enfermedad que dio lugar a la baja laboral de Valentina”.

Calificación jurídica:

“Es evidente el acceso in consentido del acusado a la historia clínica de la querellante, a la que oficialmente no estaba tratando ni prestándole asistencia médica alguna, y lo hizo para conocer el motivo o enfermedad que dio lugar a la baja laboral de la querellante, que había dejado de prestar sus servicios en la vivienda del acusado con motivo de dicha baja.

En consecuencia, resulta de aplicación lo dispuesto en el art. 197.2 del C.P”

Fallo:

“La Sala la confirma la sentencia de instancia que condena al médico como autor de un delito de descubrimiento y revelación de secretos, sin concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, a la pena de UN AÑO DE PRISIÓN, así como inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de sufragio pasivo durante el tiempo de la condena, y la pena de MULTA DE DOCE MESES, a razón de una cuota diaria de 6 euros, incurriendo en caso de impago en la responsabilidad personal subsidiaria consistente en un día de privación de libertad por cada dos cuotas diarias no satisfechas; así como al pago de una tercera parte de las costas procesales causadas, incluyendo en ellas las de la acusación particular; haciendo expresa reserva de las acciones civiles que puedan corresponder a la posible perjudicada Valentina.”

Más información: poderjudicial.es

- Guía [práctica] para la gestión de brechas de datos personales.

Más información: ismsforum.es

X.- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

- Art. 68.4 de la Ley 39/2015: no resulta aplicable a los procedimientos iniciados de oficio ni a los recursos administrativos.

STS de 1 de Julio 2021.

El Alto Tribunal se pronuncia sobre si una vez subsanado el defecto y presentado el recurso por medios electrónicos, la subsanación es retroactiva o es la que fija el día en que ha de entenderse cumplimentado el trámite de que se trate (art. 68.4 de la Ley 39/2015)

Dicho precepto establece que si alguno de los sujetos a los que hace referencia el artículo 14.2 y 14.3 presenta su solicitud presencialmente, las Administraciones Públicas requerirán al interesado para que la subsane a través de su presentación electrónica, y que a estos efectos, se considerará como fecha de presentación de la solicitud aquella en la que haya sido realizada la subsanación.

La Sala aclara que “esta cuestión del presupuesto de que el artículo 68.4 de la Ley 39/2015 regula un trámite procedimental de subsanación específico respecto de las solicitudes que se hubieren presentado ante la Administración de forma presencial, que resulta estrictamente aplicable a los procedimientos iniciados a solicitud del interesado y no a los procedimientos iniciados de oficio por la Administración, ni a los procedimientos de revisión de los actos administrativos.

Por tanto debe entenderse subsanada la presentación del recurso de alzada, - inicialmente efectuada de forma presencial-, pues la presentación por vía telemática se realizó al día siguiente de haberse notificado el requerimiento, por lo que no puede considerarse extemporáneo el recurso de alzada al haberse presentado dentro del plazo conferido”.

Más información: poderjudicial.es

6.- BIBLIOGRAFÍA Y FORMACIÓN.

I.- Bibliografía

DERECHO SANITARIO

- Justicia algorítmica y neuroderecho. Una mirada multidisciplinar.

Más información: editorial.tirant.com

- Salud mental y privación de libertad. Aspectos jurídicos e intervención.

Más información: libreriabosch.com

- El derecho a la eutanasia y al testamento vital. Guía para particulares, profesionales sanitarios y abogados.

Más información: marcialpons.es

II.- Formación

INFORMÁTICA DE LA SALUD

- XXV Congreso Nacional de Informática de la Salud 2022.

22, 23 y 24 de marzo de 2022.

Más información: seis.es

- VII Jornada Asociación Digital de la Salud.

Se celebrará el próximo día 15 de febrero de 2022. Bajo el título Salud Digital tras el impacto de la Covid-19, la jornada contará con 25 ponentes, 80 asistentes presenciales y más de 200 *online*.

Más información: salud-digital.es

ECONOMÍA DE LA SALUD

- Asociación de Economistas de la Salud. Nuevas necesidades y viejos desafíos: propuestas para una agenda transformadora.

Del 15 al 17 de junio de 2022 tendrá lugar en Zaragoza la XL+1 edición de las Jornadas de Economía de la Salud bajo el lema “*Nuevas necesidades y viejos desafíos: propuestas para una agenda transformadora*”.

Más información: aes.es

-NOTICIAS-

- **El Supremo considera que Sanidad abusa de los ‘contratos de guardias’.**

El alto tribunal recrimina que los profesionales llegan a estar durante años como eventuales.

Fuente: levante-emv.com

- **Condenado a siete años de cárcel por abusar sexualmente de su paciente**

Fuente: rtvc.es

- **El delegado sindical denunciado por la Fiscalía descargó dos informes del historial clínico de un familiar de García Egea.**

Fuente: ondacero.es

- **Guía de la vacunación infantil, comunidad a comunidad.**

Ya han llegado las primeras dosis para los niños de 5 a 11 años, y cada comunidad ha definido su propia estrategia: ¿en centros de salud, vacunódromos, hospitales o colegios?, ¿en horario lectivo o por la tarde y fines de semana?, ¿hay que pedir cita previa o es automática?.

Fuente: eldiario.es

- **Un juez autoriza tratar con ozono a un paciente covid de la UCI del San Jorge de Huesca.**

La familia acudió al Juzgado después de que el hospital oscense se negara a administrar esta terapia por falta de evidencia científica.

Fuente: heraldo.es

- **Condenado un cardiólogo de Alicante que accedió a la historia clínica de la mujer que limpiaba en su casa.**

Fuente: elperiodico.com

-BIOETICA Y SANIDAD-

1- CUESTIONES DE INTERES

- **Manual básico de la SEN sobre el Final de la Vida y la Ley de la Eutanasia.**

El viernes 26 de noviembre, en la 73ª Reunión Anual de la SEN y durante el seminario del Comité ad hoc de Humanización del Final de la Vida de la SEN, se presentó el “Manual básico de la SEN sobre el Final de la Vida y la Ley de la Eutanasia”.

Más información: sen.es

- **La decisión de morir, ¿libertad o derecho? Una perspectiva desde el ámbito español.**

Posiblemente, una de las decisiones más difíciles a las que tenga que enfrentarse el ser humano sea la de poner fin a su propia vida. En el presente trabajo se trata de analizar el carácter jurídico de la misma, y si dicha decisión puede entenderse como una libertad o como un derecho. La consideración en uno y otro sentido determinará las facultades que tiene el titular del derecho a la vida, y las consecuencias que dicha decisión podría tener para terceros.

Más información: scielo.conicyt.cl

- **Comité Anti-tortura publica informe de visita 2020 a policías y prisiones en España.**

En un informe sobre España, el comité contra la tortura (CPT) del Consejo de Europa insta a las autoridades españolas a tomar medidas decididas para prevenir los malos tratos en prisión y garantizar que los casos de presuntos malos tratos se investigan de manera efectiva. También propone una serie de medidas para mejorar el trato de los reclusos, en particular de los reclusos vulnerables, y de los pacientes recluidos en los dos hospitales penitenciarios psiquiátricos.

Más información: coe.int

- **Eutanasia por enfermedad mental ¿petición justificada o sólo ideación de suicidio tratable?**

Se analiza el papel del médico psiquiatra en la aplicación de la nueva prestación de ayuda para morir.

“Estamos en un momento en el que el suicidio, y su prevención, están en la agenda política en España. Y por otro lado, tenemos una Ley de la Eutanasia que tiene unos criterios en los que no se excluye el trastorno mental como justificación para la eutanasia. En este momento es casi seguro que en la mesa de las Comisiones de Garantía y Evaluación para la eutanasia estén solicitudes en las que la única justificación sea una enfermedad mental. La gran pregunta es ¿Cuándo el sufrimiento asociado a la enfermedad mental es una justificación suficiente para el suicidio, y cuándo es sólo un síntoma tratable?”

Más información: alfredocalcedo.net

2-FORMACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA.

I.- Bibliografía

- Filosofía y medicina. Una historia de amor.

Herreros Ruiz-Valdepeñas, Benjamí.

Más información: marcialpons.es

II.- Formación

- VIII JORNADA DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE ÉTICA ENFERMERA Con la colaboración del ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE MADRID Las enfermeras ponen a debate Ley de Eutanasia.

26 de enero de 2022

Más información: codem.es

- Sociedad Española de Oncología Médica. Webinar sobre Eutanasia en Oncología: objeción de conciencia.

17 de febrero de 2022

Más información: seom.org

- 3ª EDICIÓN DEL TÍTULO PROPIO EXPERTO EN BIOÉTICA 2022-2023.

Más información: fcs.es

OTROS CURSOS/PREMIOS

- XXXVI Congreso Nacional de Coordinadores de Trasplantes.

16/05/2022 - 18/05/2022

Más información: osakidetza.euskadi.eus

- Bases Premio Estudios Financieros 2022.

Más información: cef.es