DS

DERECHO Y SALUD
DRET I SALUT
ZUZENBIDEA ETA OSASUNA
DEREITO E SAÚDE

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN JURISTAS DE LA SALUD

Volumen 36. Extraordinario - 2026

VOLUMEN 36. EXTRAORDINARIO - 2026

PONENCIAS

6 **Luis Martín Rebollo**
Memoria y olvidos: la protección de la salud como conquista jurídica

15 **María Esther Castanedo García**
Responsabilidad patrimonial sanitaria e inteligencia artificial

20 **Vicente Lomas Hernández**
Novedades jurisprudenciales en el ámbito sanitario 2025-2026

34 **Eladio Aparicio Castro**
Proteger sin custodiar: capacidad, riesgo y proporcionalidad en el internamiento psiquiátrico involuntario

50 **Félix Rubial Bernárdez**
Ni magia ni amenaza: la gobernanza de la inteligencia artificial desde la gestión hospitalaria

58 **Elena Cámara Gamero**
Los derechos de conciliación del personal estatutario y la necesidad de la prestación de la asistencia sanitaria: problemática de su aplicación en el SERMAS

EL PRESENTE NÚMERO EXTRAORDINARIO DE LA REVISTA "DERECHO Y SALUD" RECOGE LAS PONENCIAS PRESENTADAS AL XXXIV CONGRESO DE LA "ASOCIACIÓN JURISTAS DE LA SALUD" QUE TUVO LUGAR EN SANTANDER DURANTE LOS DÍAS 27, 28 Y 29 DE MAYO DE 2026.

Normas de publicación 65

Solicitud de suscripción a la revista 68

Solicitud de asociación 69

DS

DERECHO Y SALUD
DRET I SALUT
ZUZENBIDEA ETA OSASUNA
DEREITO E SAÚDE

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN JURISTAS DE LA SALUD

EDITA

ASOCIACIÓN JURISTAS DE LA SALUD

EDITORES ADJUNTOS

Juan Luis Beltrán Aguirre
Presidente del Consejo de Transparencia de Navarra

Josefa Cantero Martínez
Profesora Titular de Derecho Administrativo de la Universidad de Castilla - La Mancha

Josep Lluis Lafarga i Traver
Abogado. ExDirector del Área Jurídica y de Organización del Servicio Catalán de la Salud

David Larios Risco
Letrado Seguridad Social - Letrado JCCM - Abogado CSIF. Madrid

Rafael Álvaro Millán Calenti
Letrado del Servicio Gallego de Salud

CONSEJO EDITORIAL

Dirección

Miriam Cueto Pérez
Catedrática de Derecho Administrativo de la Universidad de Oviedo

Secretaria

Diana Paola González Mendoza
Investigadora postdoctoral Margarita Salas en la Universidad de Cantabria

Vocales

Juan Manuel Alegre Ávila
Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad de Cantabria

Joaquín Cayón de las Cuevas
Jefe del Servicio de Asesoramiento Jurídico de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria

Sergio Gallego Riestra
Coordinador de Responsabilidad Patrimonial de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias

Nuria Garrido Cuenca
Catedrática de Derecho Administrativo de la Universidad de Castilla-La Mancha

María del Carmen González Carrasco
Catedrática de Derecho Civil de la Universidad de Castilla-La Mancha

Ana Mª Marcos del Cano
Catedrática de Filosofía del Derecho de la UNED

María Martín Ayala
Jefa del Servicio de Régimen Jurídico y Coordinación Normativa de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Alberto Palomar Olmeda
Magistrado de lo Contencioso-Administrativo y Profesor de Derecho Administrativo de la Universidad Carlos III de Madrid

DS

DERECHO Y SALUD
DRET I SALUT
ZUZENBIDEA ETA OSASUNA
DEREITO E SAÚDE

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN JURISTAS DE LA SALUD

CONSEJO ASESOR

Jose María Barreiro Díaz
Director General de Función Pública de la Xunta de Galicia.

Juan Francisco Pérez Gálvez
Catedrático de Derecho Administrativo. Universidad de Almería.

Mercedes Lanza Gándara
Médico de Admisión y Documentación Clínica en el Área de Ferrol. Funcionaria de carrera del Cuerpo Facultativo Superior de la Xunta de Galicia.

Daniel Potel Villar
Jefe del Servicio Técnico Jurídico II de la Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia.

José María Antequera Vinagre
Profesor Derecho Sanitario y Bioética. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.

Vicente Lomas Hernández
Jefe de Servicio Coordinación Jurídica del SESCAM. Toledo.

Mª Dolores González García
Responsable del Servicio Jurídico de Personal de IISS del SESCAM.

Susana López Altuna
Subdirectora Asesoría Jurídica del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Euskadi.

Luis Sarrato Martínez
Profesor de Derecho Administrativo (PAD) Universidad Pública de Navarra. Abogado. Navarra

Matilde Vera Rodríguez
Subdirectora de Asuntos Jurídicos del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Sevilla.

Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia. Murcia.

Nuria Amarilla Mateu
Socia Directora del Grupo de Derecho Farmacéutico Europeo (Eupharlaw). Madrid.

Producción:
Asociación Juristas de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad
Calle Sinesio Delgado, 10
28029 Madrid
https://www.ajs.es

Depósito Legal: B-35337-93
I.S.S.N.1133-7400

Maquetado por Studio74.es

DERECHO Y SALUD

ASOCIACIÓN JURISTAS DE LA SALUD

Revista Fundada en 1992

Revista oficial de la ASOCIACIÓN JURISTAS DE LA SALUD
http://www.ajs.es/index.php/es/index-revista-derecho-y-salud

ISSN: 1133-7400
Depósito Legal: B-35337-93

La revista Derecho y Salud tiene por objeto la publicación de estudios científicos y artículos doctrinales en el ámbito del Derecho Sanitario. Su contenido se encuentra dividido en cuatro secciones: estudios, comentarios jurisprudenciales, crónicas y recensiones.

Esta publicación, de periodicidad semestral, indexada en DIALNET, MIAR o ULRICH, utiliza, como garantía de calidad de sus trabajos, un sistema de revisión por expertos externos e independientes.

La finalidad de la revista es contribuir a la investigación en el área del Derecho Sanitario y divulgar la producción científica en dicho ámbito, de acuerdo con los fines de la Asociación de Juristas de la Salud que la edita.

La revista va dirigida con carácter preferente a magistrados y jueces, abogados y letrados de los servicios de salud, profesores universitarios e investigadores de ciencias sociales, jurídicas y disciplinas afines.

La remisión de originales ha de hacerse al mail revistads.ajs@gmail.com. Los números impares, referidos al primer semestre del año, se cerrarán el 1 de abril de cada año y los números pares, referidos al segundo semestre del año, se darán por cerrados el 1 de octubre.

Correspondencia y Publicidad:
Asociación Juristas de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad - Calle Sinesio Delgado, 10
28029 Madrid

Suscripciones y atención al cliente:
Asociación Juristas de la Salud
C/ Universidad, 4, 4º, 4. 46003 Valencia, España
http://www.ajs.es/index.php/es/index-revista-derecho-y-salud/info

Protección de datos: Para poder ofrecerles nuestros servicios, la Asociación Juristas de la Salud necesita tratar algunos datos personales de los usuarios, siendo por ello responsables de su tratamiento y del cumplimiento de las obligaciones que impone el Reglamento UE 2016/679 de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En cumplimiento de estas obligaciones se informa que los datos personales recogidos con la finalidad de atender suscripciones e inscripciones son confidenciales y están incluidos en dos registros de datos personales, uno denominado "suscriptores" y otro denominado "socios" de titularidad de la Asociación "Juristas de la Salud" con domicilio en Calle Sinesio Delgado, 10 (28029, Madrid) con la exclusiva finalidad de gestionar la relación con los suscriptores de la revista y facilitar su distribución. El interesado puede ejercer cualquiera de los derechos que le reconoce el Reglamento General de Protección de Datos (acceder, oponerse, rectificar o cancelar sus datos) en cualquier momento, por correo postal adjuntando una copia de su DNI, o bien un correo electrónico con firma electrónica a revistads.ajs@gmail.com indicando "PROTECCION DE DATOS".

LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS EN ESTA REVISTA EXPRESAN SOLAMENTE LA OPINIÓN DE SUS AUTORES. SE PUBLICARÁN DOS NÚMEROS ORDINARIOS Y AL MENOS UN NÚMERO EXTRAORDINARIO CON MOTIVO DEL CONGRESO ANUAL "DERECHO Y SALUD".

© COPYRIGHT 2001. ASOCIACIÓN JURISTAS DE LA SALUD

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS. EL CONTENIDO DE LA PRESENTE PUBLICACIÓN NO PUEDE SER REPRODUCIDO NI TRANSMITIDO POR NINGÚN PROCEDIMIENTO ELECTRÓNICO O MECÁNICO, INCLUYENDO FOTOCOPIA, GRABACIÓN MAGNÉTICA, NI REGISTRADO POR NINGÚN SISTEMA DE RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN, EN NINGUNA FORMA, NI POR NINGÚN MEDIO, SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL TITULAR DE LOS DERECHOS DE EXPLOTACIÓN DE LA MISMA.

Junta Directiva de la ASOCIACIÓN JURISTAS DE LA SALUD:

Presidencia: Jose María Barreiro Díaz. *Director General de Función Pública de la Xunta de Galicia.* **Vicepresidencia**: Juan Francisco Pérez Gálvez. *Catedrático de Derecho Administrativo. Universidad de Almería*. **Secretaria**: Mercedes Lanza Gándara. *Médico de Admisión y Documentación Clínica en el Área de Ferrol. Xunta de Galicia* . **Tesorero**: Daniel Potel Villar. *Jefe del Servicio Técnico Jurídico II de la Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia*; **Vocales**: José María Antequera Vinagre. *Profesor Derecho Sanitario y Bioética. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid;* Lola González García. *Subdirectora de Gestión de RRHH del CHT. SESCAM.* Vicente Lomas Hernández. *Jefe de Servicio Coordinación Jurídica del SECAM. Toledo;* Susana López Altuna. *Subdirectora Asesoría Jurídica del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Euskadi;* Luis Sarrato Martínez. *Profesor de Derecho Administrativo (PAD) Universidad Pública de Navarra. Abogado. Navarra;* Matilde Vera Rodríguez. *Subdirectora de Asuntos Jurídicos del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Sevilla;* Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz. *Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia;* Nuria Amarilla Mateu. *Socia Directora del Grupo de Derecho Farmacéutico Europeo (Eupharlaw). Madrid;* Antonio Luis Rivas López. *Letrado de Administración sanitaria de la Junta de Andalucía. Granada;* Pilar González Rey. *Abogada de los Servicios Jurídicos del Hospital Clínic de Barcelona.*

Ponencias

MEMORIA Y OLVIDOS: LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO CONQUISTA JURÍDICA*

Luis Martín Rebollo

Catedrático de Derecho administrativo
Profesor emérito. Universidad de Cantabria

1. En unas Jornadas tan especializadas en las que se aborda la incidencia de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud con derivaciones y proyecciones impensables hace bien pocos años quizá no resulte impertinente aprovechar la ocasión para echar una mirada al pasado y comprender el salto gigantesco que se ha dado en relativamente poco tiempo en la consideración de la atención sanitaria como labor del Estado. Una labor considerada socialmente como algo lógico y natural, sin ser muchas veces conscientes de que es una realidad reciente que, por eso, hay que recordar para valorarla en su justa medida. Esta intervención no tiene, pues, más pretensiones que recordar los hitos fundamentales de la intervención pública en el sector y destacar las transformaciones ocurridas en los últimos cien años.

Y es que hasta 1986 no había prácticamente en España un sistema generalizado de Sanidad pública. Había, sí, cierta Sanidad pública, pero vinculada a la Seguridad Social, lo que significaba que no era universal y se constreñía a los trabajadores y empleados sometidos al citado régimen de aseguramiento.

Esa situación cambia hace justamente 40 años, cuando culmina la evolución de un proceso que tiene como detonante del cambio, como en muchas otras cosas, la Constitución de 1978.

2. En efecto, el artículo 43 de la Constitución reconoce "el derecho a la protección de la salud"; no el "derecho a la salud", como con frecuencia se dice, porque nadie puede garantizar ese estadio de la vida personal. Lo que el Estado sí puede hacer y hace es "proteger" la salud y a eso apuntan los dos apartados siguientes del precepto constitucional que imponen a los poderes públicos "organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios", remitiendo luego a la Ley el establecimiento de los derechos y deberes de todos al respecto.

Hay que precisar, para evitar equívocos –también muy frecuentes– que el citado artículo 43 de la Constitución no constituye un derecho fundamental, ni siquiera un derecho constitucional no fundamental. Se ubica en el Capítulo Tercero del Título Primero de la Constitución, es decir, dentro de lo que ésta denomina "principios rectores de la política social y económica"; principios que no son propiamente derechos por más que, equívocamente, estén integrados en el Título que se denomina "De los derechos y deberes fundamentales". De ahí procede cierta confusión que da pie, a veces, a conclusiones un tanto demagógicas que tratan de minusvalorar el significado de esos principios o pautas de tendencia. Unos principios que, según la propia Constitución, deben inspirar la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los Poderes públicos, pero sin que deban ser desarrollados mediante Ley orgánica, como los derechos fundamentales, ni su eventual desconocimiento o violación tenga acceso al Tribunal Constitucional en vía de recurso de amparo. Son principios en los que la Constitución no impone *directamente* concreciones, por lo que "sólo podrán ser alegados (…) de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen" (art. 53).

Esos principios aluden a cuestiones socialmente importantes en las que se plasma con frecuencia la imagen del Estado social y entre los que está justamente la referencia a la protección de la salud. La

* Texto de la intervención oral en el *XXXIV Congreso Derecho y Salud*, organizado por la "Asociación de Juristas de la Salud" y celebrado en Santander del 27 al 29 de mayo de 2026. Se trata de un recordatorio necesario a través de un breve recorrido por la evolución de la intervención del Estado y del Derecho en la sanidad.

DS *Derecho y Salud*, vol. 36 (Extraordinario), pp. 6-14, ISSN 1133-7400

ubicación de la salud dentro del Capítulo genéricamente dedicado a los derechos y libertades produce en ocasiones, como digo, no poca confusión. Y pone sobre la mesa la siempre apasionante cuestión de las palabras. Derechos fundamentales, derechos constitucionales no fundamentales, principios y derechos de configuración legal conviven en una amalgama no siempre fácil de deslindar para el no experto. Pero lo que importa, por lo que hace a los principios, es que su efectiva virtualidad depende, como he dicho, enteramente de la Ley. Y ésta, obviamente, dependerá, a su vez, de la ideología de la mayoría parlamentaria que la apruebe. No obstante, estos principios "informarán la legislación positiva", esto es, son ideas de tendencia, postulados finalistas que eventualmente pueden conducir a la inconstitucionalidad de una Ley frontalmente contraria a ellos, pero que, en principio, permiten desarrollos legislativos diversos porque precisamente en ese ámbito es donde caben legítimamente políticas públicas diferenciadas. Por eso, en una muy conocida y citada Sentencia, el Tribunal Constitucional ha tenido ocasión de decir que "la Constitución es un marco de coincidencias suficientemente amplio como para que dentro de él quepan políticas de muy diferente signo". Un espacio abierto en el que el Tribunal Constitucional sólo puede cerrar el paso a opciones o variantes concretas "cuando el carácter unívoco de la interpretación se imponga por el juego de los criterios hermenéuticos" (STC 11/1981, de 11 abril).

Esos principios apuntan derechamente a la cláusula del Estado social que luce en el art. 1 del texto constitucional. Una cláusula que se refiere a las políticas sociales vinculadas a los arts. 39 a 52, muchos de los cuales sirven de soporte y fundamento a numerosas leyes sectoriales. Aunque importa insistir en que esos criterios no son criterios cerrados sino orientaciones finalistas cuya concreción legislativa, a la postre, depende, como he dicho, de factores externos y coyunturales de cada momento: lo que se quiere (o sea, las orientaciones ideológicas de las mayorías parlamentarias) y lo que se puede (es decir, los condicionantes económicos y presupuestarios).

3. Y, en efecto, en el desarrollo del art. 43 de la Constitución es donde tiene su origen el complejo Derecho sanitario de la actualidad. En el marco de ese precepto constitucional destaca la Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad, y luego, también, la Ley 41/2002, de 14 noviembre, reguladora de la autonomía del paciente. La primera organiza el denominado Sistema Nacional de Salud (SNS). La segunda se refiere de forma detallada a los derechos de los pacientes. He ahí, pues, el punto de partida del Derecho sanitario. A partir de esos principios constitucionales y de las Leyes amparadas en él se plasma y concreta hoy la intervención del Estado en la sanidad.

4. Pero como España es un Estado descentralizado hay que considerar las competencias de las Comunidades Autónomas a partir del art. 149.1.16 de la Constitución según el cual le compete al Estado la "Sanidad exterior" y, además, aprobar las "Bases y coordinación general de la sanidad". En su virtud, al Estado le corresponde, como digo, todo lo referente a la sanidad exterior, pero en el ámbito interno las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias en materia sanitaria siempre que respeten la legislación básica estatal y garanticen y provean la necesaria coordinación, que corresponde al Estado.

Se trata, una vez más, como es del todo frecuente, de una competencia compartida que se articula, como digo, de manera que al Estado le corresponde aprobar la legislación básica, esto es, todo lo necesario para garantizar un tratamiento mínimo común en toda España (y, en su caso, además, la coordinación) y las Comunidades Autónomas pueden completar o desarrollar esa legislación básica (que no pueden vulnerar) y, además y, sobre todo, les corresponde aplicarla, esto es, gestionarla con medios de todo tipo vinculados a la materia (edificios, personal, gestión, etc.). Esos medios estaban antes vinculados a la Administración del Estado y, por ello, una vez asumida la competencia autonómica en los Estatutos de cada Comunidad, deberán ser traspasados a ellas en un proceso que implicaba necesariamente una negociación global. Así, pues, las competencias no se traspasan. Las competencias se asumen en el Estatuto. Lo que se traspasa luego son los medios materiales y humanos vinculados a esas competencias que pasarán del Estado a las Comunidades Autónomas.

Y eso es exactamente lo que sucedió con la sanidad. Una competencia compartida que, sobre la base del citado art. 149.1.16 CE, incorporaron todas las Comunidades Autónomas en las reformas estatutarias que tuvieron lugar en el año 1994 y que se hicieron efectivas en lo que hace a la gestión una vez traspasados los medios y servicios ellas vinculados en torno a 1998.

Desde ese momento las Comunidades Autónomas son las competentes para ejecutar las leyes sanitarias y para ello lo primero que hicieron todas ellas fue crear entes públicos con personalidad jurídica propia que, bajo nombres parecidos, fueron y son los encargados de la gestión sanitaria.

5. En virtud de todos esos procesos y cambios normativos podemos hablar hoy de los Servicios Autonómicos de Salud y de su organización, de las

Areas y Centros de Salud, de médicos de familia, de especialistas de diversas disciplinas y patologías, de hospitales, prestaciones y servicios de diversa naturaleza. Podemos hablar de problemas y conflictos que han ido conformando lo que conocemos como *Derecho sanitario* y que se analizan en revistas especializadas y Congresos profesionales como este en los que se analizan los derechos de los pacientes, el consentimiento informado, la responsabilidad patrimonial, la protección de datos, el contenido de la *lex artis*, los límites de las nuevas tecnologías y toda una variada casuística que la práctica cotidiana desvela, derivada de la actividad de la Administración en la materia.

Una realidad impensable hace no muchos años que llena los repertorios jurisprudenciales de resoluciones sobre los más diversos temas hasta conformar un cuerpo doctrinal de gran riqueza que abarca todo tipo de tribunales. Baste citar, como un simple ejemplo, que las últimas Sentencias de condena a España por parte del Tribunal Europeo de Derechos Humanos se refieren a temas sanitarios pues, aunque el derecho a la protección de la salud no es, en sí mismo, un derecho protegido por la Convención sí lo son algunas derivaciones del mismo y otros derechos conectados con él como el derecho a la intimidad, el libre desarrollo de la personalidad o incluso la libertad a secas. Véanse así, como ejemplos, las *Sentencias de 17 de septiembre de 2024, caso Pindo Mulla* (que aborda el problema de la extensión del consentimiento cuando en medio de una intervención quirúrgica surge la necesidad de ir más allá de lo inicialmente consentido), la de 26 de *junio de 2025, caso S.O.* (sobre una transfusión no deseada a una persona testigo de Jehová) o la de *6 de noviembre de 2025* (sobre el supuesto de un internamiento psiquiátrico obligado).

6. Hablamos, pues, hoy, con normalidad, del Derecho Sanitario y de las múltiples derivaciones de la actividad de la Administración cuando nos referimos a la sanidad pública porque esa actividad existe, funciona, se lleva a cabo... Porque la Administración sanitaria presta servicios, actúa y realiza actividades relacionadas con la protección de la salud. Por eso, antes de seguir adelante, importa recordar las pautas constitucionales a considerar cuando se habla de cualquier actividad pública, de cualquier actividad administrativa. También, por tanto, de la actividad sanitaria. Y esas pautas se hallan en el art. 103 de la Constitución y se reducen a dos palabras que concretan conceptos: *eficacia y control*. Esta es, por lo demás, *la finalidad última del Derecho Administrativo, su esencial razón de ser y, por eso, también del Derecho sanitario:* imaginar técnicas para proporcionar medios que garanticen la eficacia administrativa y, al mismo tiempo, incorporar herramientas adecuadas de control. La experiencia cotidiana de la actividad pública en este ámbito abre el debate de esas técnicas y sus derivaciones como, sin duda, sucede con las que se estudian en este Congreso dedicado a las tecnologías emergentes. La Inteligencia Artificial aplicada a la actividad sanitaria y, en particular, por lo que ahora interesa, a la actividad sanitaria pública es un buen ejemplo de esas dos finalidades previstas en la Constitución como criterios orientadores de la actividad de las Administraciones Públicas. Porque la IA puede ser, sin duda, un elemento de coadyuve a la eficacia en multitud de aspectos concretos para ganar tiempo y para que las instituciones públicas sanitarias sean no sólo más eficaces sino también más eficientes. Y, al mismo tiempo, la IA puede servir asimismo de control de la actividad administrativa ya sea con carácter preventivo o correctivo, por más que ese instrumento, a su vez, deba ser controlado para evitar consecuencias no deseadas.

Se plasman así, en torno a una herramienta concreta de potencialidades impensables hace bien poco tiempo, los dos objetivos principales y la razón de ser del Derecho Administrativo, la eficacia y el control que han de circular equilibradamente. He ahí el reto.

Esta es, sucintamente expuesta, la situación actual. Una realidad aplicativa en la que surgen problemas nuevos, pero siempre a partir del dato previo hoy incuestionado de que el Estado se ha de ocupar de la salud de los ciudadanos, de todos los ciudadanos. Y la normalidad de esa experiencia de todas las personas que hayan tenido que acudir al sistema de la sanidad pública genera a veces la falsa sensación de que las cosas han sido siempre así porque es, efectivamente, la experiencia vivida por prácticamente todos los menores de 50 o incluso 60 años.

Pero no. Eso no siempre fue así. Es más, es algo muy reciente. Por eso conviene no olvidar el pasado. Volver a lo de ayer, al de dónde venimos; acudir a la memoria para destacar que el papel del Estado en la regulación de la sanidad y su plasmación en normas jurídicas es, como digo, algo muy reciente. Precisamente para no olvidar el trayecto recorrido, para mantener la memoria y marginar el olvido, como reza el título de esta breve charla. Importa, pues, realizar un breve recorrido por el pasado inmediato que nos haga pensar y alzarnos por encima de los problemas concretos que forman parte del diario acontecer de los profesionales.

7. El interés del Estado por la sanidad hasta bien entrado el siglo XX se ha limitado tradicionalmente a dos únicos ámbitos: el de la *salubridad pública* y el de las *enfermedades contagiosas*. Después, a

ello se unió la *Beneficencia*, esto es, la atención a las personas menesterosas que debía incluidas en un llamado "padrón de beneficencia" para sustituir o completar la actividad que en ese ámbito llevaban a cabo algunas órdenes religiosas…

Y nada más. De manera que, ante la enfermedad común de las personas no incluidas en el padrón de beneficencia, no había ninguna cobertura. Cada uno tenía que asumir por su cuenta los gastos de la enfermedad. Y de ahí seguramente venía el consejo de tener, en lo posible, algún ahorro para subvenir esas contingencias porque la enfermedad podía significar, además de sus consecuencias estrictamente sanitarias, la ruina económica.

Todo este planteamiento se plasma en diversas normas de los siglos XIX y XX. Así, si comenzamos las referencias en el inicio del Estado liberal, ya en la *Constitución de Cadiz* aparece lo que después va a ser una constante: la atribución a la responsabilidad de las entidades locales de muchas de las cuestiones relacionadas con la llamada policía de salubridad y la obligación de "cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia" que puedan existir, como decía el art. 321.

Veinte años después, en 1833, en el momento del inicio de reinado de Isabel II, cuando se crea el Ministerio de Fomento que ocupa Javier de Burgos, las preocupaciones son las mismas. El nuevo ministro redacta la famosa *Instrucción a los Subdelegados de Fomento, de 30 de noviembre de 1833* con las indicaciones que habrían de atender los nuevos representantes del Estado en las también recién creadas provincias. Y en ese bello texto orientador se insiste como preocupación principal en materia de sanidad en las enfermedades contagiosas. "La sanidad excitará la solicitud paternal de la Administración –dice–, que desde luego trabajará (…) para impedir la propagación de las enfermedades contagiosas (…)", de modo que "deben los Subdelegados del Gobierno extender su vigilancia a las demás enfermedades epidémicas que hacen estragos, a veces iguales a los de la peste por su intensidad y a veces superiores por su frecuente reproducción. Las viruelas son la primera y la más desoladora de estas plagas". Por ello, una de las medidas a adoptar será la de "no permitir que concurran a las escuelas gratuitas de primeras letras los que no presenten certificaciones de estar vacunados". Pero de atención y prestaciones médicas no se decía nada.

Unos años más tarde la *Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849* contempla una primera y durante mucho tiempo única previsión acerca de la atención a las personas menesterosas, asignando obligaciones a las entidades locales, lo que será después una constante en la legislación de régimen local donde se contemplará expresamente la construcción de establecimientos provinciales de beneficencia como las Casas de maternidad, las Casas de expósitos, las de huérfanos y desamparados.

La Beneficencia como título que ampara y justifica la atención pública necesitaba determinar los potenciales beneficiarios y eso es lo que finalmente contempla el Decreto de 4 de junio de 1891, en desarrollo de la Ley. Dicha norma regula el concepto de pobreza, que era, como digo, el presupuesto para acceder a las prestaciones contempladas en la Ley. Su artículo 3 dice que,

> *"Serán considerados como vecinos pobres para los efectos del reglamento:*
>
> *1. Los que no contribuyan directamente con cantidad alguna al Erario ni sean incluidos en los repartos para cubrir los gastos provinciales ni municipales.*
>
> *2. Los que vivan de un jornal o salario eventual.*
>
> *3. Los que disfruten de un sueldo o pensión menor que los de un bracero en la localidad respectiva y cuenten con aquel solo recurso.*
>
> *4. Los huérfanos pobres y expósitos que (...) se críen por cuenta de la Beneficencia pública en las respectivas jurisdicciones".*

La *Ley de Sanidad de 25 de noviembre de 1855* sigue la misma pauta con la finalidad principal de prevenir la entrada de enfermedades contagiosas, especialmente por vía marítima. Y a tal efecto contempla lazaretos y cuarentenas y regula la organización encargada de vigilar tanto en el ámbito estatal, creando las Juntas provinciales o locales de Sanidad en las que se integrarían los médicos que hubiere, farmacéuticos y veterinarios. Pero no se contemplan prestaciones ni hay previsión alguna al respecto.

La siguiente norma a considerar es la importante *Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904* que contempla, de un lado, medidas organizativas, y, de otros, reitera la responsabilidad del Estado de prever medidas generales frente a las enfermedades contagiosas, remitiendo en lo demás a la Beneficencia de la que son responsables, sobre todo, los establecimientos municipales y provinciales. Una de sus novedades de la Instrucción es la creación del cuerpo de médicos titulares en todos los Ayuntamientos "para el servicio de asistencia a los enfermos pobres", previendo asimismo "un practicante titulado, al menos, por cada 300 familias indigentes" (art. 91).

DS

8. Dejando al margen las competencias del Estado en materia de salubridad y lo que hoy denominaríamos sanidad exterior, queda la cuestión de la Beneficencia cuya gestión la van a protagonizar pronto las entidades locales. Y así, las diferentes Leyes municipales y provinciales, desde la Ley Municipal de 20 de agosto de 1870 hasta el Estatuto Municipal y provincial de 1923 (antecedente inmediato de la ley de Régimen Local de 1955 y aun de la vigente Ley de 1985) contemplan las competencias locales y provinciales en materia sanitaria.

Por ejemplo, en la Ley Municipal de 20 de agosto de 1870 se dice que los Ayuntamientos son responsables de la gestión y gobierno de, entre otras cosas, las instituciones de beneficencia. Por su parte, la Ley provincial de la misma fecha atribuye a las Diputaciones la responsabilidad de las instituciones de beneficencia provinciales. El Estatuto municipal de 1923 es aún más claro. Su art. 150 se refiere a la competencia municipal para establecer servicios de carácter benéfico como Hospitales, Asilos, Dispensarios y Casas de Socorro. Y a este respecto el art. 200 impone obligaciones sanitarias de carácter general (suministro de aguas, evacuación, policía sanitaria…) y el 207 se refiere a la obligación de todos los Ayuntamientos de "establecer y sostener servicios de asistencia médico farmacéutica para familias pobres". El art. 209 obliga a abrir Casas de socorro "para asistencia de enfermos agudos y curación de heridos" en los municipios de más de 15.000 habitantes.

Por su parte la Ley provincial de 20 marzo 1925 impone a las Diputaciones (art. 127) como obligaciones mínimas ("en materia de Beneficencia", hay que precisar), el sostenimiento, por lo menos, de una Casa provincial de Maternidad y Expósitos; una Casa de Beneficencia hospitalaria y una Casa de Caridad para indigentes y dementes pobres. Las Diputaciones podrán, sin embargo, concertar con establecimientos privados los servicios expresados (como sucedió, por ejemplo, en Santander con la entonces privada Casa de Salud Valdecilla). Maternidad, Hospicio, Psiquiátrico y Casa de Beneficencia (Hospital provincial) serán en adelante los cuatro establecimientos –a veces físicamente unificados– vinculados a la responsabilidad y competencia de las Diputaciones Provinciales.

9. En esencia, esa era la situación en los años treinta del pasado siglo y aun después de la guerra civil de 1936-39. El Estado se ocupaba del control de las enfermedades infectocontagiosas (crea hospitales, leproserías, y otros establecimientos similares) y las entidades locales se ocupaban tanto de aspectos generales de la sanidad (control de aguas y alimentos…) como de las prestaciones de *Beneficencia* a través de los médicos titulares (APD) o en los establecimientos provinciales citados. Pero no había nada más. Salvo algunas mutualidades de empleados.

10. En 1942 tiene lugar un hecho fundamental: la Ley de 14 diciembre 1942 crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que protegía a los trabajadores ("débiles", decía) de la enfermedad común y que se financiaba con cuotas de los empresarios y de los propios trabajadores. El artículo 10 de dicha Ley, en efecto, decía así:

> *"El Seguro prestará a sus beneficiarlos una asistencia médica completa, tanto en los servicios de medicina general como en los de especialidades. El nivel mínimo de estos servicios constará en el Reglamento de esta Ley".*

El Seguro lo gestionará un Organismo que había sido creado mucho antes por Ley de 27 de febrero de 1908: el *Instituto Nacional de Previsión* (INP), que tiene como antecedente la llamada Comisión de Reformas Sociales (en la que tuvo un destacado protagonismo el administrativista asturiano Adolfo Posada) y que se venía ocupando de la gestión de la incipiente Seguridad Social, como la administración de las pensiones del llamado Retiro obrero (un seguro inicialmente voluntario y luego, a partir de 1919, obligatorio) y también el llamado Subsidio de Maternidad (1923).

Así, pues, desde el inicio del funcionamiento del SOE en 1944 el INP se va a ocupar de la gestión de la asistencia sanitaria pública en España. Mejor dicho, de la asistencia sanitaria "de la Seguridad Social" (lo que evoca ya, con más precisión, su ámbito de aplicación), con las únicas excepciones de las llamadas Mutualidades Laborales que finalmente se ocuparán, sobre todo, de atender a los accidentes laborales.

El Seguro Obligatorio, que, como acabo de apuntar, tenía algunos antecedentes sectoriales, va a ser un acontecimiento de primer orden. Pero, a diferencia de lo que sucedió en Europa, donde este tipo de conquistas sociales trae causa, sobre todo, del auge de la socialdemocracia y el laborismo inglés tras la II Guerra Mundial, en España se trató más bien de una concesión del Poder que pretendía así lograr la paz social y conllevaba un precio. A cambio de la ausencia de libertades y de la inhibición política, el Estado creó lo que podría calificarse como un embrión de Estado social (todavía no "de Derecho") con múltiples variantes: viviendas de protección oficial, centros de vacaciones, universidades laborales y otras prestaciones; entre ellas, la protección frente a la enfermedad común de la que se ocuparía el citado INP. Y ese origen probablemente explica que,

en ocasiones, esas prestaciones fueran incluso más amplias que las que se habían creado más despacio en otros países. Lo que abre el debate –con alguna consecuencia concreta de él derivada– de si se trató, como en algún otro país, de una conquista o fue más bien una especie de concesión modal…

Lo fundamental, en todo caso, es que, por primera vez, hay un instrumento que cubre a los asalariados frente a la enfermedad común. A su servicio se crea una red de instituciones sanitarias que en el plano local se apoyará en los médicos "titulares" de los municipios, a los que ya he hecho referencia (ahora también "médicos del Seguro") y en el nivel especializado se irá formando una plantilla propia y una red hospitalaria de nueva creación (las Ciudades Sanitarias y Residencias de la Seguridad Social que se crean en todas las provincias y se generalizan, ya en la década de los años sesenta del pasado siglo).

Todo ello transforma por completo el panorama sanitario en la medida en que el modelo va a alcanzar pronto un indudable prestigio, sobre todo en el ámbito hospitalario donde empiezan a trabajar profesionales cualificados seleccionados para ello. Unos profesionales que, vinculados al INP, van a ser denominados "personal estatutario", pero que, cuando andando el tiempo pasen a depender de la red pública de las Comunidades Autónomas, quedará claro que no son otra cosa de funcionarios públicos sometidos a la normativa funcionarial; una normativa que contempla, no obstante, la posible existencia de normas específicas para ellos: el controvertido "Estatuto marco", o sea, una ley específica que regula las peculiaridades de este personal y cuyo nombre (Estatuto) puede sugerir que ese personal es algo distinto de los funcionarios, cuando no lo es. De hecho, la propia Ley que aprueba el vigente Estatuto marco así lo especifica cuando deja claro que este personal puede ser laboral o estatutario, pero este segundo tipo de personal es personal funcionario al que, sin embargo, se le aplica prioritariamente una normativa especial por las características singulares de su actividad. De ahí la expresión "personal estatutario", pero, como dice la Exposición de motivos de la Ley, éste "establece con nitidez el carácter funcionarial de la relación estatutaria" sin perjuicio de las especialidades que su función comporta. De ahí su regulación separada de la legislación de la función pública general, que, no obstante, les es de aplicación en todo lo no contemplado expresamente por la legislación específica.

11. En 1974 se modifican y amplían por ley las prestaciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Y, poco después, en 1978, el INP es sustituido por el INSALUD (RD-Ley 36/1978, de 16 noviembre) tras una reforma de la Seguridad Social de la que surgen nuevos organismos especializados: el INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social), para gestionar las prestaciones económicas, el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales) para proporcionar servicios de diversa índole y el Instituto Social de la Marina para gestionar la Seguridad Social de los trabajadores del mar. Más la Tesorería General de la Seguridad Social, para centralizar la gestión económica y financiera. Pero el sistema, por lo que hace también a las prestaciones sanitarias, seguía funcionando conforme a las reglas de un seguro que dejaba fuera de él a numerosas personas, empezando por los funcionarios y otros profesionales.

Para los funcionarios públicos, al margen hasta entonces del sistema de la Seguridad Social, se crean tres organismos: MUFACE (Mutualidad de Funcionarios de la Administración Central del Estado), MUGEJU (Mutualidad General de Justicia) e ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas) que se unen a la anteriormente creada (y luego suprimida) MUNPAL (Mutualidad de personal de Administración Local). Estos nuevos organismos sustituyen a las insostenibles Mutualidades de cada Cuerpo y, a partir de entonces, gestionarán las prestaciones de Seguridad Social y, entre ellas, las sanitarias, aunque no las presten directamente sino mediante conciertos con entidades de seguros privados o con el propio INSALUD. Años más tarde los nuevos funcionarios ya quedarán adscritos al régimen general de la Seguridad Social en una tendencia unificadora de todos los asalariados, públicos o privados.

Para otros profesionales funcionan Mutualidades vinculadas a los colegios profesionales.

Como es sabido, ni Muface, ni Mugeju, ni Isfas, prestan directamente servicios sanitarios. Cada uno de ellos gestionan prestaciones vinculadas a la Seguridad Social (ayudas, subsidios, compensaciones…) y, entre ellas, las prestaciones sanitarias que conciertan con entidades de seguros privados o con el propio Insalud, pudiendo sus beneficiarios elegir quién les proporcionará las prestaciones sanitarias garantizadas. Esta un tanto compleja situación da a veces lugar a no pocos equívocos cuando se habla de Seguridad Social de forma restrictiva para hablar, en realidad, de una de sus concretas prestaciones del sistema, la sanitaria. Es decir, el concepto de Seguridad Social es más amplio y va mucho más allá de la sanidad en la medida en que incluía otras prestaciones no menos importantes (las pensiones, por ejemplo). Y ello aunque, ciertamente, las prestaciones sanitarias "de la Seguridad Social" fueran, en efecto, la manifestación más visible de la Seguridad Social que, además, gestionaba un organismo especializado, el Insalud.

Así, pues, en el momento de aprobarse la Constitución la situación, en términos generales, era la siguiente:

- Cobertura a cargo del INP y luego INSALUD para los asegurados del sistema de la Seguridad Social (en diversas modalidades y colectivos).

- Cobertura de MUFACE (Mugeju e ISFAS) para los funcionarios a través de entidades sanitarias privadas o el propio INSALUD, concertados con dichas Mutualidades.

- Cobertura de la Beneficencia para personas sin recursos y sin Seguridad Social, incluidas en el padrón de Beneficencia y que, normalmente, gestionaban establecimientos de esa naturaleza vinculados al ámbito local: Diputaciones provinciales (que tenían Hospital, Maternidad, Psiquiátrico y otros establecimientos similares y que, además, podían mantener convenios de colaboración con compañías de seguros y aun prestar directamente sus servicios en régimen privado).

- Cobertura del Estado para enfermedades infecciosas (mediante una red propia gestionada por el Ministerio de la Gobernación y luego por el de Sanidad, que antes de 1977 no existía)

- Había también la red de los Hospitales militares y la de los Hospitales clínicos (existentes en aquellas ciudades donde hubo tradicionalmente una Facultad de Medicina). Ell ejemplo quizá más conocido sería el Hospital Clínico de Madrid, que es el edificio donde actualmente se asienta el Museo de Arte Reina Sofía, al lado de la antigua Facultad de Medicina (sede actual del Instituto Nacional de Administración Pública, el INAP, donde se forman funcionarios del Estado. El origen de ese centro explica que, dentro de él, aún hoy, esté localizado allí el Colegio de Médicos. Los Hospitales clínicos podían recibir pacientes de la Seguridad Social previo convenio, además de enfermos de la Beneficencia e incluso enfermos "privados" (en convenio con aseguradoras o directamente).

Si esos eran los ámbitos de cobertura del sistema público sanitario, importa hacer ahora una referencia a los profesionales responsables de la gestión, que obedecía también a una notable dispersión en función de los diferentes orígenes de esos profesionales. Así,

- En el ámbito local, los médicos titulares o de APD (que asumen funciones y competencias generales de salubridad y la atención a las personas incluidas en el padrón de beneficencia) se convierten también en gestores de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social; en "médicos del Seguro", en la terminología popular. Estos médicos podían ejercer también privadamente en los municipios en los que estuvieran destinados, que a esos efectos se clasificaban en municipios cerrados o abiertos. En los primeros –generalmente pequeños municipios– su carácter "cerrado" impedía que en el ellos pudieran ejercer otros profesionales liberales de modo que la clasificación era un mecanismo de protección del médico titular que venía a tener un monopolio en actividad privada. En los municipios abiertos podían ejercer otros profesionales, además del titular. Y todos ellos con frecuencia prestaban sus servicios mediante el sistema de "igualas" (que venía a ser un peculiar y atípico seguro que consistía en que las familias pagaban al médico una cantidad fija mensual a cambio de poder utilizar sus servicios cuando los necesitaran).

- En el ámbito local estaban también los médicos de las Casas de Socorro y los de los hospitales y demás establecimientos provinciales, que eran funcionarios municipales o de la Diputación Provincial.

- El Estado mantenía otros médicos como funcionarios propios. Así, los forenses (vinculados al Ministerio de Justicia) y los de ciertos establecimientos propios (penales, hospitales de infecciosos, etc.…).

- La Seguridad Social (INP o INSALUD) mantenía su red de profesionales en el ámbito local y en el hospitalario fue creando especialistas formados de forma asistemática y poco regulada hasta que, ya a finales de los años setenta, se implanta un sistema de especialización moderno: el llamado sistema MIR, que ideó o, al menos, impulsó de forma determinante el Dr. José María Segovia Arana (1919-2016).

- Estaban también, como ya he dicho, los médicos militares y los profesionales de los Hospitales clínicos (que se suprimen en 1979) parte de los cuales eran Catedráticos y Profesores Adjuntos de Universidad. En el caso de estos profesionales se va a plantear el problema de cómo aplicarles la Ley de incompatibilidades de 1982 y luego la más restrictiva 1984, puesto que, como digo, parte de estos médicos eran, al mismo tiempo, médicos de la Seguridad Social y profesores funcionarios de las Universidades. Hasta las leyes de incompatibilidades estos profesionales con doble dependencia (de la Universidad

y del Insalud, que asume los clínicos a partir de 1970-1980) tenían dos sueldos. Y esa circunstancia queda en adelante prohibida por la Ley de incompatibilidades. La "solución" (obviamente no muy bien aceptada) fue la previsión legal (en la Ley General de Sanidad de 1986) de las llamadas "plazas vinculadas" que, en la práctica, para un profesor, suponía cobrar más que sus colegas de otras disciplinas en dedicación exclusiva, pero menos de lo que cobraban antes con dos sueldos. Y obligaba a un acuerdo Insalud/Universidad a la hora de convocar plazas de profesores catedráticos o profesores titulares de disciplinas clínicas en las Facultades puesto que había que garantizar plaza asistencial (*vinculada*) en el hospital "universitario" (ya no exactamente "clínico") ahora del Insalud. Para lo que se requería el citado acuerdo.

• Finalmente, en el sector semipúblico estaba (y está) la red de hospitales de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales (que forman parte de la Seguridad Social, aunque estén gestionados por las entidades privadas que son las citadas Mutuas).

12. Este panorama cambia radicalmente en 1986 cuando el Sistema sanitario vinculado a la Seguridad Social pase a configurarse como un *Sistema Nacional de Salud* cuya financiación no depende ya de las cuotas de empleados y empleadores, sino del presupuesto público. La Ley General de Sanidad de 1986 lleva a cabo esa transformación y universaliza la sanidad pública, que ya no se limitará a los trabajadores (Seguridad social) o a los necesitados (Beneficencia).

Por otra parte, paralelamente, las Comunidades Autónomas asumen, como ya dije, la competencia en materia sanitaria y, a partir de la segunda mitad de los años noventa, hace apenas treinta años, se convierten en las responsables de prácticamente toda la gestión del sistema sanitario público. Eso significa, que:

a) las Comunidades Autónomas van a poder legislar, aunque sólo en la medida en que sus leyes no se opongan a las Leyes básicas que se reserva el Estado (sobre cuestiones de afecten a todos) y

b) van a gestionar o sea, van a depender de ellas, todos los medios materiales y de personal que antes dependían del Insalud o del propio Ministerio, así como, en su caso, los de las Diputaciones provinciales.

De esta manera se produce una *concentración* de medios. Desaparecen los Hospitales clínicos; se suprimen o reducen al mínimo los Hospitales militares y se produce el traspaso de medios y servicios del Insalud a las Comunidades Autónomas. Nace el *Sistema Nacional de Sanidad* y los Sistemas autonómicos de gestión, convirtiéndose *la coordinación* en un elemento central de toda la organización (como, por otra parte, dice el art. 149.1.16 de la Constitución). La gestión y responsabilidad del sistema gira, pues, en todo caso, en torno a las Comunidades Autónomas que, adelante, gestionarán las competencias del antiguo Insalud, las vinculadas a las viejas Diputaciones provinciales y también los establecimientos que aun le quedaban al Estado (básicamente relacionados con enfermedades contagiosas) y que también son traspasados: la llamada *Administración Institucional de la Sanidad Nacional* que fue uno de los primeros traspasos (no vinculados a la Seguridad Social) que recibieron las Comunidades Autónomas. En el caso de la Comunidad de Cantabria, el Hospital de Liencres.

13. Este es., en lo esencial, el modelo que hoy conocemos. Se ha producido una transformación completa del anterior y disperso modelo sanitario público. Y todo ello en muy poco tiempo, de forma que puede decirse que ha sido un modelo de éxito. Se pueden, pues, sintetizar ahora las grandes transformaciones:

Desde el punto de vista *organizativo* el Sistema se gestiona por un ente de cada Comunidad Autónomas (normalmente adoptando la figura de *Organismo Autónomo*), que articula el territorio en Areas y Centros de Salud y una red hospitalaria adscrita.

Desde el punto de vista de *los profesionales funcionarios* hay médicos de *familia y Facultativos* especialistas, formados todos ellos a partir de 1979 mediante un sistema dual de carácter nacional: el llamado sistema *MIR (Médicos Internos Residentes),* conforme a pautas regladas y contenidos estandarizados.

Desde la óptica de las *prestaciones* hay una "cartera común de servicios" (RD 1030/2006, de 15 de septiembre) que cubre una muy amplia gama de coberturas (en general sin copagos, excepto en el caso del gasto farmacéutico) que abarca todo tipo de patologías. Esa cartera común puede ser ampliada, a su costa, por las Comunidades Autónomas.

Desde el punto de vista de los *beneficiarios* el sistema es ahora *universal,* no vinculado a la Seguridad Social e incluye a los extranjeros (salvo en un breve periodo hace unos años). Por cierto, que, como curiosidad, la Ley del SOE de 1942, en su

artículo 6 decía que, a efectos del Seguro, quedaban equiparados a los españoles los trabajadores hispanoamericanos, los portugueses y los andorranos.

Ese nuevo modelo, que, como digo, poco o nada tiene que ver con el modelo anterior, genera nuevos problemas jurídicos muchos de ellos estudiados en Congresos, Revistas y publicaciones como las que patrocina la Asociación de Juristas para la salud. Problemas que, efectivamente, van a abordarse desde el Derecho y cuyas peculiaridades permiten adjetivar sus contenidos para hablar, con solvencia, de que ha nacido una rama específica en el ámbito jurídico especializado: el Derecho Sanitario.

14. Pues bien, desde estas coordinadas y partir de 1986 el Estado va a aprobar una serie de leyes básicas, que se imponen a las Comunidades Autónomas y que conforman el núcleo central del Derecho Sanitario. Así, además de la Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad, que acaba de cumplir 40 años, cabe mencionar la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía* del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cuya denominación evoca bien su contenido (y que debería ser guía de cabecera de todos los profesionales en cuanto enumera y detalla los derechos de los pacientes), la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad* del Sistema Nacional de Salud (que aborda la decisiva cuestión de la coordinación y cooperación interautonómica), la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación* de las profesiones sanitarias (que se refiere al ejercicio y formación de todos los profesionales sanitarios, tanto del ámbito público como del privado) y la *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal* (que, en paralelo a la legislación general de funcionarios, contempla el régimen laboral de los empleados públicos sanitarios).

Llegamos así al final del trayecto. Un trayecto en el que hemos tratado de describir las grandes trasformaciones del Derecho en este ámbito. Se ha pasado, efectivamente, de la Beneficencia al derecho a la protección universal de la salud y a recibir unas concretas prestaciones sanitarias iguales para todos; se ha pasado de la sanidad como componente vinculado a la Seguridad Social a la universalización del sistema, que atiende a todos los ciudadanos por el mero hecho de serlo y al margen de que sean o no cotizantes de la Seguridad Social; se ha pasado de la dispersión a un sistema unificado la gestión en torno a las Comunidades Autónomas, unas entidades que hasta hace cuarenta años no existían y que han asumido –con éxito– la gestión de la sanidad desde hace apenas veinticinco años. Ellas serán las encargadas de organizar y prestar los servicios sanitarios, con autonomía y coordinación, conforme a las mejores pautas, de acuerdo con las previsiones normativas antes citadas y en el marco de la cartera común de servicios. Gestionarán, pues, los medios materiales y humanos, invertirán en edificios y en tecnología, comprarán material, seleccionarán profesionales, etc., etc.

En estos últimos cuarenta años ha culminado, pues, una conquista jurídica fundamental: el derecho a la protección de la salud del que habla el artículo 43 de la Constitución. Una conquista en la que Derecho ha jugado un papel estructural y organizativo fundamental y a partir de la cual, una vez consolidado lo esencial, surgen nuevos problemas. Pero no hay que olvidar que, efectivamente, se trata de una conquista de primer orden que, por eso, hay que cuidar y proteger a partir de la idea central de la Constitución a la que me refería al principio, esto es, la *eficacia* y el *control*.

La eficacia depende con frecuencia de pautas e instrumentos que escapan al Derecho, aunque éste tiene algunos medios para propiciarla, como las normas organizativas, las técnicas de gestión, las políticas de personal y aun los sistemas de selección de los profesionales… En el control es donde el Derecho puede desplegar todo un complejo abanico de herramientas a su servicio, desde los recursos a la responsabilidad.

Pero toda esa compleja realidad que conforma la cotidianidad no nos debe hacer olvidar el trayecto, esto es, de dónde venimos. Porque solo así podremos valorar adecuadamente el cambio producido y los logros alcanzados. De ahí el título de esta intervención: memoria y olvidos. Olvidos, que hay que evitar y memoria, para para recordar lo conseguido.

Esos cambios y transformaciones se deben ciertamente al impulso y a la decisión política, pero se han consolidado gracias al Derecho que los ha perfilado, delimitado y asentado definitivamente, pasando del mundo los principios o pautas constitucionales al más concreto universo de los derechos legales donde los juristas intervienen y actúan para garantizar su vigencia y su efectiva aplicación. No es poco.

Santander, mayo 2026.

RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

María Esther Castanedo García

Presidenta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo Tribunal Superior de Justicia de Cantabria

Aunque no tenga fuerza jurídica, es muy relevante lo que recoge la Carta de Derechos Digitales Española, de 14 de julio 2021 en su Título XXIII. Derecho a la protección de la salud en el entorno digital: «[…] *4. El empleo de sistemas digitales de asistencia al diagnóstico, y en particular de procesos basados en inteligencia artificial no limitará el derecho al libre criterio clínico del personal sanitario. 5. Los entornos digitales de salud garantizarán, conforme a la legislación sectorial, la autonomía del paciente, la seguridad de la información, la transparencia sobre el uso de algoritmos, la accesibilidad y el pleno respeto de los derechos fundamentales del paciente y en particular su derecho a ser informado o renunciar a la información y a consentir en el tratamiento de sus datos personales con fines de investigación y en la cesión a terceros de tales datos* […]».

El primer paso en mis ponencias es hablar del régimen jurídico aplicable a las materias de las que voy a tratar. En casos de responsabilidad patrimonial sanitaria, hablar, lo primero, de la última jurisprudencia. En este caso tengo que cambiar mi rutina, porque no hay jurisprudencia, al menos en España, al menos hasta hace una semana.

Efectivamente, la jurisprudencia existente hoy en día, es sobre actuaciones médicas "tradicionales" "humanas" en esta materia es muy cambiante, evolutiva por el casuismo propio de casa asunto, sus circunstancias, etc. Y, sobre todo, en el siglo XXI, por el avance de la ciencia. Y hablando del avance de la ciencia, aquí quiero enlazar mis reflexiones y dudas sobre el avance de la ciencia médica por el uso de la IA.

Siempre hablamos de la medicina como una ciencia no exacta de la que solo podemos exigir lo posible "según el estado de la ciencia", no se puede pedir responsabilidad porque un enfermo de cáncer muera después de haber recibido el tratamiento establecido en el protocolo médico correspondiente o porque el COVID, en un principio, no tuviera vacuna. Efectivamente, solo puede exigirse responsabilidad si ha habido un error de diagnóstico, una mala praxis en el tratamiento, una pérdida de oportunidad, un retraso en la actuación médica o una falta de consentimiento debidamente informado, y, eso, solo si se prueban estas circunstancias a la luz de los protocolos médicos aplicables, a la luz del estado de la ciencia.

Pero este paradigma está cambiando, ha entrado en juego la IA. La IA lleva tiempo implementándose en servicios médicos, hallándose ya plenamente integrada en las "técnicas" utilizadas conforme al "estado de la ciencia" (término acuñado por la jurisprudencia) al que se refieren estas resoluciones.

DS *Derecho y Salud*, vol. 36 (Extraordinario), pp. 15-19, ISSN 1133-7400

El 1 de agosto de 2024 entró en vigor [90] el Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial (Reglamento de Inteligencia Artificial, en adelante RIA), que tiene por objeto fomentar el desarrollo y la implantación responsables de la IA en la Unión Europea. El objetivo de esta norma es mejorar el funcionamiento del mercado interior y promover la adopción de una IA centrada en el ser humano y fiable, garantizando al mismo tiempo un elevado nivel de protección de la salud, la seguridad y los derechos fundamentales consagrados en la Carta.

En la actualidad no hay sentencias de este tema en España, de IA sanitaria y responsabilidad, lo cual me hace templar porque el cambio que se nos avecina va a ser enorme.

Hace poco leí una noticia en un periódico que decía que el Servicio Andaluz de Salud licita un contrato de 6 millones de euros para implementar un software a través del cual la IA agilice la lectura de 2,3 millones de mamografías…(Después he leído otra noticia que dice que se citaron a varios hombres a estas pruebas…. No sé si fue fallo de la IA o no). Pero, dejando aparte las bromas, ¿qué grado de detalle tendrá la IA?, ¿el de detectar tumores de 10 milímetros?, ¿y los de 9,5 milímetros? A lo mejor un médico humano que detecta uno de 10 milímetros, en ese mismo acto de estudio de la mamografía puede detectar el del 9,5mm…a lo mejor un médico humano puede detectar otra anomalía que no se un tumor, a consecuencia de examinar esa mamografía…. ¿Cabría que una mujer exigiera responsabilidad patrimonial en estos casos en los que no se detectó por la IA ese tumor de 9,5 mm o una mastitis u otra anomalía pesar de ser detectables en la mamografía?

¿Esa IA está desarrollada por médicos o por gestores administrativos, económicos que buscan agilidad y eficiencia de recursos?, ¿Podría dar lugar a responsabilidad sanitaria o a responsabilidad patrimonial ordinaria?

El resultado con la IA va a ser más rápido, pero ¿va ser igual o parecido?

Todas las técnicas de la IA, no son infalibles, por lo que ¿su utilización podría conllevar un riesgo de responsabilidad tradicional, por error de diagnóstico, tardanza en el mismo, mala praxis?.

¿Se informa en el consentimiento informado de que las pruebas las va a hacer la IA? ¿Del algoritmo usado, del código fuente?, ¿De la precisión del mismo?, ¿De lo limitada de su actuación (solo para diagnosticar, o solo para detectar tumores de 10mm)?

Otra duda que me surge, ¿Qué ocurre con prácticas que ya se están llevando a cabo como la asistencia médica telefónica? ¿O a través de aplicaciones móviles?, ¿cómo se realiza una consulta médica telefónica?, ¿es acorde a la buena práxis?, ¿es esto telemedicina?, ¿soy yo la que le describo al médico cómo son mis granos, mis manchas, mis lunares?, ¿Y si se los describo mal y por eso no me diagnostica el cáncer y me muero?, ¿es responsabilidad mía que no precise la forma/color/rugosidad de la mancha? ¡Yo no soy médico!

¿Qué ocurre con la relación personal médico/paciente?, ¿Qué ocurre con la ética médica? Yo siempre he escuchado las reivindicaciones médicas relativas a la necesidad de tener, al menos diez minutos para atender a cada paciente. De ese modo, el médico de familia, que te conoce, además de recetarte algo para el catarro, te pregunta sobre tu vida, y controla qué tal llevas la depresión que tuviste y se supone curada o en vía de curar; o pregunta sobre la enfermedad de tu marido, y no solo por educación, sino para que le digas los síntomas que tienen y poder concluir que está mejorando o no, aunque no sea él su paciente hoy… Eso, se pierde.

¿Qué ocurre con personas sin acceso a la tecnología por cuestiones de edad/económicas (brecha informática)?, ¿Es ético que un sin techo, por ejemplo, no pueda acceder a esto?, ¿ O un anciano? Fijaros que estamos ante ejemplos de las principales causas de salud precaria: falta de adecuada higiene o alimentación, edad avanzada… y son los que se quedan fuera. Preocupante. Daría lugar a responsabilidades, en todo caso políticas, ¿pero se podría exigir una responsabilidad sanitaria por imposibilidad de acceso a la asistencia médica, sería un caso de responsabilidad patrimonial ordinaria porque la administración no me facilitó el medio adecuado de acceso a la sanidad?

¿Qué ocurre con actuaciones médicas en las que el programa informático es elemento clave? Por ejemplo, software de radiografías, resonancias, TAC… la IA es asistente del médico en el diagnostico (no sustituye al médico). Aquí si que veo utilidad, pero hablamos de asistencia al médico, no de sustitución del mismo.

Si la IA asiste al médico, por ejemplo en el diagnóstico, nos encontramos que desde el punto de vista del diagnóstico, los sistemas de IA pueden analizar grandes cantidades de datos médicos, como radiodiagnóstico, pruebas de laboratorio, registros

médicos electrónicos para identificar patrones y tendencias, ayudando así a los médicos a identificar enfermedades con mayor precisión y rapidez, lo que ayuda a la detección temprana de enfermedades, así como mejorar la toma de decisiones clínicas y la atención al paciente. ¿Si falla el programa informático, es mala praxis médica?

Es muy útil la IA en el manejo de datos, pero, ¿qué ocurre con la gestión de historiales médicos que centralizan datos, crean bases de datos por dolencias, con fines médicos, de investigación? No hay que olvidar que nos encontramos con datos especialmente protegidos. ¿La "telemedicina" respeta los principios básicos de protección de datos?, ¿respeta el deber de secreto profesional?, ¿el derecho a la intimidad?

En los tribunales hemos encontrado y reconocido excepciones en determinados momentos o causas excepcionales que justifican esa falta de privacidad, esa intromisión en los datos médicos personalísimos de los pacientes, pero se trataban de casos extremos como los supuestos de Radar covid y otras apps nacidas durante la pandemia del coronavirus para la localización y trazabilidad de las personas afectadas.

Cuando los sistemas de IA incluyen un tratamiento de datos personales (arts. 2 y 4.2 Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) los responsables del tratamiento deben obtener información suficiente sobre ellos para cumplir sus diferentes obligaciones de cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD). Estas incluyen obligaciones de transparencia y asegurar el cumplimiento del principio de responsabilidad activa por parte del responsable del tratamiento (art. 5 RGPD) y permitir el ejercicio de los derechos por los interesados. Es decir, vamos a tener también otra vía de exigencia de responsabilidades, por infracción de la normativa de protección de datos.

Qué ocurre con supuestos ordinarios de IA que asiste a un médico, como la cirugía en la que se usan robots asistidos por ordenador para procedimientos mínimamente invasivos, con supervisión del médico, en caso de fallo… ¿se puede hablar de concurrencia de culpas?, ¿Sería correcto, a los efectos de determinación de responsabilidades, diferenciar entre del sistema de inteligencia artificial como «auxiliar» del profesional sanitario (o del equipo) en el acto médico, y el sustitutivo?

La STS de 16 de enero de 2008 (RJ/2008/4) afirma que "*el médico asume una obligación de medios y como tal se compromete no solo a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar tales técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención (…)*" (en el mismo sentido, STS de 18 diciembre de 2006).

En estos casos, si se aprecia mala práxis, ¿Cuándo haya un reparto de responsabilidades, la IA ha de afrontar su parte/porcentaje de culpa? Pero, ¿cómo? Es fácil pensar que, en el caso de la indemnización económica por responsabilidad sanitaria, el porcentaje de culpa atribuible a la IA se repercute en la administración que la ha comprado (si esa administración es la misma que contrata a ese médico y presta la asistencia, responde por todo). Pero en caso de posibles responsabilidades penales, ¿la parte de la IA sería para la persona jurídica que la compró?, ¿para las responsabilidades civiles, la IA tiene seguro?, ¿es el seguro del propio hospital del sistema privado de salud?, ¿qué ocurr4e con las consecuencias administrativas relativas al posible expediente disciplinario del médico o a la prohibición de contratación futura?

El problema es que siempre va a haber una incertidumbre subjetiva acerca de quién ha causado el daño. La solución debe pasar siempre por dar transparencia, y, si es posible, que haya una supervisión humana. La transparencia en la Ley de Inteligencia Artificial de la UE y se concreta en la información que proveedores de sistemas de IA deben proporcionar a los usuarios, entendidos como los usuarios o entidades que despliegan estos sistemas. Esta transparencia se concreta en una serie de obligaciones entre las que se establece que «transparencia» significa que los sistemas de IA se desarrollarán y utilizarán de forma que permitan una trazabilidad y explicabilidad adecuadas, al tiempo que se hace saber a los seres humanos que se comunican o interactúan con un sistema de IA y se informa debidamente a los usuarios de las capacidades y limitaciones de dicho sistema de IA y a las personas afectadas de sus derechos.

Garantizar la trazabilidad del algoritmo es uno de los retos más difíciles a que se enfrentan los sistemas de IA. El deber de transparencia es fundamental, tanto para generar la necesaria confianza en estos sistemas como para que, llegado el caso, pudiera exigirse del "responsable del despliegue" que se prevale de la IA, responsabilidad civil si el riesgo se materializara en daños. Tanto el diseño como el desarrollo del sistema de IA deben ser transparentes y explicables para que los responsables de su despliegue (centros de salud, hospitales, médicos) puedan interpretar y hacer uso correcto de la información de salida de estos sistemas ("outputs"). La trazabilidad

implica registrar y documentar las decisiones tomadas por los sistemas, incluyendo una descripción de la recogida y el etiquetado de datos, así como del algoritmo que ha dado lugar a una decisión. Crítica: Sin embargo, no se imponen tales deberes a cargo de los proveedores de IA para con los usuarios-pacientes, destinatarios finales de estos servicios, u otras personas que, sin ser pacientes, hacen uso de estos productos o servicios tecnológicos complejos.

Se trata de desarrollar un ámbito de confianza. Pero claro, esto es algo muy difícil en el ámbito de la responsabilidad sanitaria en que tanto sanitarios, como administraciones nunca han colaborado, con procedimientos administrativos que terminan presuntamente, y, además, con la dificultad de poder conocer con detalle el proceso de adopción de resultados por parte del sistema (dificultaría o haría demasiado costosos los pleitos de responsabilidad civil. Hasta ahora ya es caro poder contar con un perito médico de parte y, en su caso, con un perito judicial, pero ahora, además, ¿Qué se necesitaría?, ¿Un perito informático especializado, no uno cualquiera?

Las Leyes 39 y 40/2015 de 1 de octubre de procedimiento administrativo común (LPAC) y de régimen jurídico del sector público (LRJSP) establecen las garantías comunes de los derechos de los ciudadanos frente a las actuaciones de las Administraciones públicas, sin que tenga importancia alguna qué medios o herramientas concretas utilicen las Administraciones para actuar. Servicio efectivo a los ciudadanos: La administración está centrada en las necesidades de la ciudadanía y debe actuar con principios como: Principio de Legalidad: Sometimiento pleno a la Constitución, al Derecho y a la ley. Objetividad e Imparcialidad: Servicio a los intereses generales sin influencias indebidas. Transparencia y Buena fe: Claridad, publicidad y confianza legítima en la actuación administrativa. Eficacia y Eficiencia: Cumplimiento de objetivos y optimización en la asignación y uso de recursos públicos. Jerarquía, Descentralización y Desconcentración: Estructura organizada con distribución de competencias. Coordinación y Cooperación: Trabajo conjunto entre las distintas administraciones públicas. Simplicidad, Claridad y Proximidad: Reducción de cargas administrativas y cercanía al ciudadano. Planificación y Evaluación: Dirección por objetivos y control de la gestión de políticas públicas. Responsabilidad. Y la transparencia (artículo 105.b CE) supone que los ciudadanos puedan conocer la actividad de las Administraciones públicas.

Y al revés, hay que reflexionar sobre: ¿Se podría aplicar la doctrina de la pérdida de oportunidad en la responsabilidad sanitaria: por no usar una app o IA?

¿Se debe responder por los daños causados por un sistema inteligente cuando actúa de una manera no prevista inicialmente, porque ha ido aprendiendo?

¿Se puede considerar consentimiento informado el realizado por vías telefónicas o telemáticas o a través de la IA? Es mucha la jurisprudencia que nos indica cómo debe ser un consentimiento para que se pueda calificar de "informado", el médico oralmente o por escrito debe estar seguro que el paciente ha entendido el mismo. Yo en mis charlas con la facultad de medicina les aconsejo empatía: Los pacientes, todos, estamos nerviosos, el estar en un hospital ya supone un ambiente hostil, además tiene problemas d salud, hay gente que se pone muy nerviosa, pacientes mayores, discapaces, extranjeros… el médico tiene que asegurarse que le consentimiento está informado, no es solo firmar un pale.

Por otro lado, ¿se puede aplicar el derecho de consumidores a la responsabilidad sanitaria?, ¿Se puede reclamar porque una aplicación de telemedicina haya funcionado mal considerándola un producto sanitario defectuoso? cuestiones de regulación de productos sanitarios (bajo el Reglamento 2017/745) más importantes. en el estudio de la aplicación de la normativa en materia de productos defectuosos (Directiva 85/374/CEE): En la categoría de productos, a los efectos del régimen de responsabilidad civil por daños causados por productos defectuosos recogido en el TRLGDCU, se incluyen los denominados «productos sanitarios», los «accesorios de productos sanitarios» y otros productos que, aun sin perseguir fines médicos, se encuentran relacionados con los anteriores.

Todos ellos vienen regulados por el Reglamento (UE) 2017/745 como todo instrumento, dispositivo, equipo, programa informático, implante, reactivo, material u otro artículo destinado por el fabricante a ser utilizado en personas, por separado o en combinación, con alguno de los siguientes fines médicos específicos: diagnóstico, prevención, seguimiento, predicción, pronóstico, tratamiento o alivio de una enfermedad; diagnóstico, seguimiento, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una discapacidad; investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso o estado fisiológico o patológico; obtención de información mediante el examen *in vitro* de muestras procedentes del cuerpo humano, incluyendo donaciones de órganos, sangre y tejidos, y que no ejerce su acción principal prevista en el interior o en la superficie del cuerpo humano por mecanismos farmacológicos, inmunológicos ni metabólicos, pero a cuya función puedan contribuir tales mecanismos». también se consideran productos sanitarios los productos de control o apoyo a la

concepción, así como los productos destinados específicamente a la limpieza, desinfección o esterilización de aquellos y de los productos sanitarios contemplados en el art. 1.1) a los que se acaba de hacer referencia. Un «accesorio de un producto sanitario» se define, a los efectos del RPS, un «accesorio de un producto sanitario» es «un artículo que, sin ser en sí mismo un producto sanitario, está destinado por su fabricante a ser usado de forma conjunta con uno o varios de dichos productos, para permitir específicamente que el producto o productos sanitarios puedan utilizarse con arreglo a su finalidad prevista o para contribuir específica y directamente a la funcionalidad médica de los productos sanitarios a efectos de su finalidad prevista» (art. 2.2).

El concepto de producto defectuoso, de conformidad con el vigente art. 137.1 TRLGDCU, es «aquél que no ofrezca la seguridad que cabría legítimamente esperar, teniendo en cuenta todas las circunstancias y, especialmente, su presentación, el uso razonablemente previsible del mismo y el momento de su puesta en circulación» . Según la ley española, el centro sanitario que haya prestado asistencia a un paciente que haya sufrido un daño por el uso de un producto defectuoso, pongamos por caso un sistema inteligente, podrá ser responsable como productor, sin perjuicio de la acción de repetición frente al fabricante o importador *ex* art. 132 TRLGDCU.

Sentencia de interés: la STJUE de 10 junio 2021, C-65/20, KRONE c. Verlag Gesellschaft mbH & Co KG. En ella, se declara que no constituye producto defectuoso un ejemplar de periódico impreso en el que, tratando de un tema paramédico, se incluye un consejo de salud inexacto relativo a la utilización de una planta (rábano recién rallado), cuyo seguimiento por un lector causa daños a su salud. Como indica la citada autora, a juicio del TJUE lo que en este caso es defectuoso es el consejo, que en sí mismo tiene la consideración de servicio, y que en todo caso no forma parte de los elementos intrínsecos del periódico impreso, pues no se refiere a la presentación ni al uso de este, que son los únicos que permiten apreciar si dicho producto es defectuoso.

NOVEDADES JURISPRUDENCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO 2025-2026

Vicente Lomas Hernández

Doctor en Derecho. Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

SUMARIO

I. Recursos Humanos. II. Profesiones Sanitarias. III. Prevención De Riesgos Laborales. IV. Derecho Laboral. V. Protección De Datos Personales Sanitarios. IV. Prestación Farmacéutica. VII. Prestaciones Sanitarias. VIII. Responsabilidad Sanitaria. IX. Derechos De Los Pacientes. X. Eutanasia. XI. Transparencia. XII. Derecho Procesal. XIII. Contratación Pública.

RESUMEN

El presente artículo recoge una selección de las resoluciones judiciales presentadas en la mesa de trabajo «Novedades legislativas y jurisprudenciales», coordinada por D. Luis Sarrato Martínez, en el marco del Congreso «Derecho y Salud», celebrado en Santander del 27 al 29 de mayo de 2026 bajo el lema «Salud y tecnologías emergentes».

PALABRAS CLAVE

Personal estatutario. Carrera profesional. Prestaciones sanitarias. Consentimiento informado. Eutanasia. Medicamentos. Reintegro de gastos sanitarios. Historia clínica. Paciente. Servicio de Salud.

I. RECURSOS HUMANOS

- La pérdida de capacidad funcional como causa de cese del personal estatutario.

STSJ de Castilla y León nº 877/2025, de 14 de julio, nº rec 6/2025.

Es objeto de debate el cese de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, personal interino del SACYL, que fue declarado no apto por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales para desempeñar sus funciones debido a un deterioro cognitivo que podía generar riesgo para el propio trabajador, sus compañeros y los pacientes.

El trabajador había estado en incapacidad temporal, pero el INSS le dio el alta médica. Recurrió el alta ante el propio INSS, que desestimó su reclamación.

Posteriormente, la Administración sanitaria acordó su cese por falta de aptitud funcional. La propia sentencia indica que la Administración no tenía legitimación para impugnar el alta médica.

El problema, por tanto, era si la Administración puede cesar a personal estatutario por pérdida sobrevenida de la capacidad funcional cuando no existe una declaración de incapacidad permanente.

El TSJ reconoce que el artículo 30.5.c) del Estatuto Marco se refiere al requisito de acceso de poseer capacidad funcional, y el artículo 21 no incluye expresamente la pérdida de capacidad funcional como causa de extinción de la condición de personal estatutario fijo. Tampoco aparece prevista para el personal estatutario temporal en el artículo 9.2 del citado texto legal.

En el proceso judicial, la Administración defendió que, ante el silencio del Estatuto Marco y del

DS *Derecho y Salud*, vol. 36 (Extraordinario), pp. 20-33, ISSN 1133-7400

EBEP sobre este supuesto, debía acudirse a la normativa laboral, concretamente al artículo 52.a) del Estatuto de los Trabajadores, que permite extinguir el contrato por ineptitud sobrevenida.

El TSJ acepta ese razonamiento como criterio interpretativo, en los siguientes términos:

> *"El silencio legislativo para supuestos como el presente ha de resolverse con arreglo al espíritu y finalidad de la norma y con una interpretación sistemática del derecho que conduce a la solución dada, que es la que se contempla de forma expresa en la normativa laboral donde se regula la posibilidad de extinguir el contrato de trabajo "por ineptitud del trabajador conocida o sobrevenida con posterioridad a su colocación efectiva en la empresa", con arreglo al art. 52.1 del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el Estatuto de los Trabajadores."*

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

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

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

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

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

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

El TS considera que este caso es diferente a los anteriores que habían conformado su doctrina sobre la imposibilidad de participar en procesos selectivos a quien ya ostenta la condición de personal estatutario fijo en la misma categoría profesional en otro servicio de salud, debido a que Don Camilo no ostentaba la condición de personal fijo cuando se presentó al proceso de Murcia.

Por todo lo anterior se declara que la exclusión automática no es procedente, y que la forma correcta de actuar era haber concedido por parte del SMS un trámite para que el interesado pudiera renunciar voluntariamente a la condición adquirida en el SAS, conforme al artículo 22 del Estatuto Marco.

- Carrera profesional de los enfermeros especialistas en obstetricia-ginecología (matronas): computa el periodo de formación de la especialidad.

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

Dña. Estefanía solicitó el reconocimiento de grado de carrera profesional, pero su petición fue rechazada por la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil al no valorarse el periodo de su formación como residente.

Respuesta a la cuestión de interés casacional:

> *"Para el reconocimiento de la carrera profesional del personal estatutario de los servicios de salud, enfermeros especialistas en obstetricia-ginecología (Matrón y Matrona) en el caso que nos ocupa, se computará el período de formación realizado para adquirir la especialidad."*

- Carrera profesional del personal temporal: se computan los servicios vinculados a la categoría profesional solicitada, incluidos los prestados bajo relación laboral, cuando su exclusión no se aplica también al personal fijo.

STS nº 659/2025, de 29 de mayo, nº rec. 514/2023

La actora, personal estatutario temporal con categoría de FEA de Medicina Física y Rehabilitación en el Servicio Cántabro de Salud, solicitó el reconocimiento del Grado I en la carrera profesional, aportando servicios prestados en distintas categorías profesionales y bajo diferentes vínculos jurídicos, incluyendo formación MIR bajo relación laboral.

La controversia se centró en si los servicios prestados en distintas categorías o bajo relación laboral podían ser computados para el reconocimiento del grado.

DS

El Tribunal Supremo considera que no basta a estos efectos que el tiempo de servicios prestados lo sea en el mismo grupo o subgrupo profesional de la categoría para la que se solicita el reconocimiento, se exige además que haya conexión con dicha categoría profesional concreta o con servicios funcionalmente vinculados a ella.

Por lo que respecta al tiempo de servicios trabajado como personal laboral, reconoce que los servicios prestados bajo relación laboral deben ser computados si esta exclusión no se aplica al personal fijo, conforme a la igualdad exigida por la Directiva 1999/70/CE del Consejo, de 28 de junio de 1999, relativa al Acuerdo marco de la CES, la UNICE y el CEEP sobre el trabajo de duración determinada.

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

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

D.ª Ramona, especialista en Ginecología y Obstetricia y personal estatutario fijo del SACyL, solicitó que Castilla y León homologara el Nivel IV de carrera profesional que le había reconocido previamente el SERMAS. Ese nivel lo obtuvo cuando trabajaba como personal laboral fijo, en la categoría de Titulada Superior, en el Hospital Fundación Alcorcón.

La Gerencia Regional de Salud denegó la homologación al entender que no concurrían los requisitos exigidos para el reconocimiento mutuo de grados de carrera entre servicios de salud.

El Alto Tribunal considera que la normativa básica sobre carrera profesional y el Acuerdo de homologación de 2007 se refieren al personal estatutario fijo de los servicios de salud, no al personal laboral. Ambos regímenes tienen naturaleza y regulación distintas, por lo que no cabe trasladar automáticamente un nivel obtenido en uno de ellos al otro.

Además, la homologación automática exige que exista correspondencia con la misma especialidad, categoría profesional o grupo de titulación. En este caso, el Nivel IV reconocido en Madrid procedía de un modelo específico de carrera profesional aplicable al personal laboral fijo de la Fundación Hospital Alcorcón, diferente del sistema general previsto para el personal estatutario.

- Carrera profesional: los servicios prestados en centro sanitario privado concertado no pueden ser tenidos en cuenta a efectos de la carrera administrativa.

STS nº 1627/2025, de 11 de diciembre, nº rec 6359/2024.

La normativa vigente sobre carrera profesional del personal estatutario sanitario vincula el reconocimiento del desarrollo profesional al ejercicio en instituciones sanitarias, integradas orgánica y funcionalmente en el Sistema Nacional de Salud, lo que implica titularidad pública.

El hecho de que un centro sanitario privado esté concertado con el Servicio Canario de Salud, no implica su integración en dicho Sistema ni la equiparación de los servicios prestados en él para efectos de carrera profesional.

Doctrina casacional:

"a efectos de la carrera profesional del personal estatutario de los servicios de salud, la legislación vigente impide que los centros sanitarios privados concertados, por el hecho del concierto y como efecto de éste, puedan considerarse integrados en el Servicio Nacional de Salud, a efectos de que el tiempo de servicios prestados en aquellos centros resulte equiparable a los prestados en aquel Sistema, aun cuando los servicios se hayan llevado a cabo en el servicio o servicios objeto del concierto"

- Debe valorarse la experiencia de enfermería en residencias de mayores como mérito sanitario cuando los servicios prestados se correspondan con los propios de la categoría profesional.

STS nº 630/2025, de 27 mayo, nº rec. 1012/2023

La controversia se centra en el baremo de méritos incluido en la convocatoria de 2017 del Servicio Extremeño de Salud (SES) para acceder a plazas fijas de enfermería. Inicialmente, el baremo valoraba solo la experiencia en instituciones públicas sanitarias y otros servicios con vinculación pública. Por sentencia, en 2018 se añadió una cláusula que permite puntuar también la experiencia en centros sanitarios privados, con 0,04 puntos por mes.

La Sala de apelación considera que, al referirse el baremo únicamente a centros sanitarios, y no a instituciones sanitarias, los servicios sanitarios

DS

prestados en residencias de la tercera edad no pueden considerarse incluidos en la categoría de servicios en centros sanitarios, a la vista de la definición establecida en el citado artículo 2.1 del Real Decreto 1277/2003.

Por el contrario, el Alto Tribunal defiende que la experiencia laboral del personal sanitario en residencias de mayores debe ser valorada en los procesos selectivos, porque refleja la realidad social actual y la evolución del modelo asistencial.

Doctrina casacional:

"a los efectos de evaluar los méritos en los procesos selectivos convocados por los Servicios de Salud, los servicios sanitarios prestados por el personal de enfermería en residencias de mayores que sean propios de su categoría profesional deben ser valorados como servicios en centros sanitarios, si el baremo no permite una evaluación singularizada de aquellos".

- La inhabilitación especial afecta a la profesión como tal y no solo a una concreta especialidad o centro.

STS nº 677/2025, de 2 de junio, nº rec. 439/2023. Formula voto particular la Magistrada D.ª María Pilar Teso Gamella.

El recurso examina los efectos de una condena penal de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión médica, por un período de tres años, pero solo en centros de salud.

Como consecuencia de dicha condena, la resolución administrativa impugnada declaró a la actora en la situación de suspensión firme de funciones por igual período de duración.

Conviene tener presente que la pena impuesta no es de inhabilitación para empleo público (art. 42 Código Penal), sino para el ejercicio de la profesión médica (art. 45 CP), que se corresponde con el supuesto descrito en el párrafo segundo del art. 25 del Estatuto Marco. Por ello, no implica la pérdida definitiva de la condición de estatutario fijo, sino la suspensión de funciones durante el periodo de inhabilitación.

La Sala confirma que la suspensión de funciones (art. 68.2 y 68.4 del Estatuto Marco) alcanza a todos los puestos vinculados al ejercicio de la profesión médica en el sector público durante el periodo de inhabilitación, y no solo a centros de salud.

- La Administración no puede obligar al personal estatutario a utilizar su vehículo particular para desplazamientos laborales.

STSJ de Murcia nº 41/2026, de 5 de febrero, nº rec 259/2024.

Un enfermero de un equipo de Atención Primaria de Cartagena solicita que se le facilite un vehículo para realizar la asistencia domiciliaria, o, al menos, que no se le imponga el uso de su coche particular.

La Consejería recurre en apelación la sentencia favorable al trabajador, alegando que sí puede exigir al enfermero el uso de su vehículo privado, apoyándose en el abono de complementos retributivos y en la normativa de indemnizaciones por desplazamiento.

La Sala entiende que el medio de transporte necesario para la asistencia domiciliaria forma parte de los "*medios materiales*" que la Administración debe aportar al centro de salud. Rechaza que los complementos de productividad y de desplazamiento, o las normas de indemnizaciones, permitan exigir el uso del vehículo propio, porque no se configuran como una compensación que sustituya la puesta a disposición de un medio material:

"En conclusión a juicio de la Sala, entre los elementos retributivos que se citan no encontramos uno que equivalga la puesta a disposición del funcionario de material suficiente sustituyéndose por una retribución automática por tal concepto, lo que nos lleva a desestimar el recurso y confirmar la Sentencia de primera instancia, a lo que por otra parte añadimos que no se muestra por la Administración una solución respecto de aquellos enfermeros que no tengan carnet de conducir o vehículo a la par que como decimos, en el desempeño de su función se le exige ser enfermero, no conductor enfermero, al margen del posible complemento que pueda generar o no en caso de usar su vehículo, cosa que como decimos no se ha discutido en el presente caso."

- Es posible sancionar al personal estatutario temporal pese a que ya ha finalizado su relación de servicio con la Administración sanitaria.

STSJ de Aragón nº 347/2025 de 7 de julio, nº rec. 49/2024.

Es objeto de enjuiciamiento la sanción disciplinaria de un año de suspensión de empleo impuesta a

DS

Don Gonzalo, trabajador temporal del Hospital Miguel Servet, por dos faltas graves: desconsideración hacia un superior e incumplimiento reiterado de sus funciones.

El tribunal rechaza que la finalización de su contrato impida sancionarle; la extinción de la responsabilidad disciplinaria por pérdida de la condición de funcionario está pensada para funcionarios de carrera que rompen definitivamente su vínculo con la Administración, no para personal temporal integrado en bolsas de trabajo y susceptible de nuevos nombramientos.

II. PROFESIONES SANITARIAS

- El ejercicio exclusivo de la docencia universitaria en el Grado de Enfermería no supone ejercicio de la profesión de enfermería a efectos de la obligatoriedad de colegiación.

STS de 23 de marzo, nº 354/2026, rec. 6103/2023

Un profesional titulado en enfermería, que desempeña exclusivamente funciones docentes en la Universidad de Jaén y no ejerce la profesión sanitaria en sentido asistencial, solicitó la baja colegial en el Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, la cual fue denegada por la entidad colegial y confirmada en apelación por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.

El Alto Tribunal fija la siguiente doctrina:

"El ejercicio exclusivo de la docencia universitaria en el Grado de Enfermería, cuando se acredite que no se encuentra vinculada al ejercicio de prácticas clínicas asociadas a la prestación de servicios sanitarios propios de la profesión de enfermería, no supone el ejercicio de la profesión de enfermería y, por tanto, para dicho ejercicio exclusivo de la docencia universitaria no es exigible la colegiación obligatoria en el Colegio Oficial de Enfermeros correspondiente".

- Atención Primaria: Los puestos de dirección de zona que incluyen funciones de dirección asistencial deben ser ocupados exclusivamente por personal sanitario del grupo A1.

STS nº 159/2026, de 16 de febrero, nº rec 2514/2024.

El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres recurrió los arts. 48.2, 50.2 y disposición final tercera del Decreto, que permitían acceder a puestos de dirección y subdirección de zona de salud tanto a personal sanitario del grupo A1 (licenciados, principalmente médicos) como del grupo A2 (diplomados, como enfermeros).

La Sala confirma la nulidad de los incisos que incluyen al personal sanitario del grupo A2 para la provisión de los puestos de dirección de zona:

"En consecuencia, y en respuesta a la cuestión de interés casacional, debemos extender la doctrina casacional de la Sentencia n.º 480/2023 al caso de los directores de zona de salud del SES, declarando que los puestos directivos de atención primaria en que se integran funciones de dirección asistencial, si la Administración competente al regular la organización y gobierno de las zonas de atención primaria opta por encomendar su dirección o coordinación al personal sanitario, es razonable que esa función recaiga en el personal sanitario del grupo A1 en coherencia con su cometido asistencial y cualificación profesional al corresponderle la dirección y evaluación del desarrollo global del proceso asistencial.

En el caso examinado del Servicio Extremeño de Salud, dicha reserva no se extiende a los puestos de subdirección de zona, por no configurarse normativamente como puestos con funciones de dirección asistencial".

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

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

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

En concreto, se recurre el apartado 1 de la Disposición Transitoria Primera que regula una vía de acceso extraordinaria al título de Especialista en MUE para médicos ya titulados. Sin embargo, la norma establece una restricción, ya que solo se permite el acceso a quienes acreditaran ejercicio profesional en Hospitales Generales (centros C.1.1) o en Centros

DS

Móviles de Asistencia Sanitaria (centros C.2.5.7). El Real Decreto 610/2024 define que el ámbito de actuación de los especialistas en MUE se desarrollará en las urgencias de los Hospitales Generales y, en su caso, en el Transporte Sanitario (unidades U.105 y U.100, respectivamente).

El TS concluye que existe una adecuada correspondencia entre valorar el ejercicio profesional en estos centros (Hospitales y Centros Móviles) y las funciones asistenciales que están llamados a realizar los futuros especialistas en MUE:

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

- Títulos de médico especialista extracomunitarios en España: exige una formación mínima de cinco años; la falta de este requisito no puede suplirse con créditos ECTS ni experiencia posterior.

STS nº 1248/2025, de 8 de octubre, nº rec 2400/2024.

Para el reconocimiento en España de un título extranjero de médico especialista obtenido en un Estado no miembro de la Unión Europea, es requisito indispensable que la formación especializada tenga una duración mínima de cinco años, conforme al artículo 25 de la Directiva 2005/36/CE modificada por la Directiva 2013/55/UE y el Real Decreto 581/2017, sin que pueda sustituirse esta exigencia por la acreditación de créditos ECTS, que solo aplican a la formación básica en medicina; en consecuencia, la denegación de reconocimiento es procedente cuando la duración del programa formativo extranjero sea inferior a dicho mínimo temporal, sin que pueda valorarse formación complementaria o experiencia profesional en fases posteriores si no se supera la fase previa de comprobación de equivalencia temporal mínima de formación especializada establecida legalmente.

III. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

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

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

El Tribunal confirma la legalidad de la actuación administrativa y no considera que se haya incumplido las obligaciones que establece el artículo 25.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Para ello fundamenta su decisión en que el deber de la empresa consiste en garantizar la protección de la salud de la trabajadora, adaptando su puesto o reubicándola en uno compatible con sus limitaciones conocidas.

La ley (art. 25.1 de la LPRL) no confiere a la trabajadora un derecho incondicional a elegir un puesto de su agrado, ni obliga a la empresa a facilitarle una relación de vacantes disponibles:

> *"No apreciamos en relación con las cuestiones que se plantean en el recurso la existencia de un incumplimiento por parte de la Administración demandada de las obligaciones resultantes del art 25.1 LPRL. En primer lugar, no se desprende de él la obligación de hacer entrega a la demandante de una relación de puestos de trabajo disponibles, ni tampoco que exista un derecho incondicionado de la actora a elegir un puesto de su agrado. Lo que resulta de ese precepto es el deber empresarial de garantizar la protección de la actora en atención a sus limitaciones conocidas y no emplearla en un puesto contrario a ellas, lo que puede precisar de realizar las necesarias adaptaciones de puesto (que en este caso no parecen posibles a la vista del contenido del informe de 7 de febrero de 2023) e incluso de un cambio de puesto, de ser ello posible y necesario.*
>
> *Sin embargo, no apreciamos en este punto un incumplimiento empresarial, ya que se ofreció a la actora un puesto de trabajo distinto, que esta rechazó por un supuesto impedimento que no se ha acreditado. Esta circunstancia impide entender que la demandada no haya cumplido con las exigencias derivadas del precepto indicado, que a nuestro entender no ampara un ilimitado derecho de la actora a la elección de un puesto de su agrado, máxime considerando que de los hechos probado no se desprende con seguridad que exista otro puesto adecuado para ello en el que reubicarla".*

DS

IV. DERECHO LABORAL

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

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

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

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

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

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

Y añade:

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

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

V. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES SANITARIOS

- El paciente tiene derecho a la entrega de su historial clínico en formato electrónico.

STSJ de Valencia nº 91/2025, de 3 de febrero, nº rec 128/2023

El TSJ de Valencia reconoce el derecho de un paciente a recibir su historia clínica en formato electrónico cuando así lo ha solicitado a la Administración sanitaria. Aunque la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, no recoge expresamente ese formato, el tribunal recuerda que la Ley 39/2015, de 1 de octubre, permite a las personas físicas elegir si se relacionan con las Administraciones por medios electrónicos. Ese derecho no se limita a presentar solicitudes, sino que también alcanza al ejercicio efectivo de derechos, como el acceso a la historia clínica.

En el caso analizado, el paciente había pedido en 2019 su historial clínico completo del Hospital General de Elche en soporte digital. Aunque posteriormente recibió documentación en papel y un CD con imágenes médicas, no se le entregó la historia clínica íntegra en formato electrónico, por lo que la desestimación de su solicitud no fue conforme a Derecho.

La sentencia también reconoce su derecho a conocer la identidad del responsable del tratamiento de sus datos médicos de conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y el Reglamento General de Protección de Datos, que garantizan al afectado una información básica sobre el tratamiento, incluida la identidad del responsable y, en su caso, de su representante.

- AEPD: la documentación clínica aportada por el paciente, aunque no se incorpore a la historia clínica, debe ser objeto de conservación por el centro sanitario.

Expediente Nº: EXP202402851

Un paciente acude a un hospital del grupo IDCQ para realizarse una nueva resonancia magnética y, con el fin de facilitar una comparación evolutiva, entrega un CD que contiene sus resonancias previas de los años 2018, 2019 y 2020. En ese momento,

DS

firma una hoja de recogida que indica un plazo de un mes para retirar los resultados e informes.

Poco tiempo después de la prueba, el paciente solicita la devolución del CD aportado y el centro le comunica que las pruebas aportadas ya no están disponibles, debido a que no fueron incorporadas a la HC del paciente por decisión del facultativo, y que la obligación de conservación estipulada en la Ley 41/2002 se aplica solo a la historia clínica, y no a toda la documentación clínica.

La AEPD en sentido contrario, manifiesta que la ley impone la obligación de conservar la "documentación clínica", no solo la "historia clínica"; el deber de custodia se extiende a todo soporte que contenga información de carácter asistencial, sin diferenciar si fue generado por el propio centro, aportado por otro profesional o, como en este caso, entregado por el paciente.

En definitiva, la documentación clínica que pueda ser aportada por el paciente, aunque no se incorpore a la historia clínica, debe ser objeto de conservación por el centro, al menos, durante el plazo mínimo de cinco años previsto en la Ley 41/2002.

- Comunicación de los datos de la historia clínica a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad que ejerzan funciones de Policía Judicial.

Dictamen 3/2025 del Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía.

El dictamen concluye que los centros sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía pueden comunicar datos de la historia clínica a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad cuando actúan como Policía Judicial, siempre que exista un requerimiento amparado en una autorización judicial expresa. En ese caso, el tratamiento encuentra cobertura en el artículo 6.1.c) del RGPD, al responder al cumplimiento de una obligación legal.

Esta interpretación se apoya en la aplicación conjunta del artículo 7.3 de la Ley Orgánica 7/2021, de 26 de mayo, y del artículo 16 de la Ley 41/2002, así como en la doctrina de la STS 971/2022, de 16 de diciembre. En esa sentencia, Sala de lo Penal, el Tribunal Supremo cuestionó el acceso policial a datos de una historia clínica sin consentimiento del afectado y sin autorización judicial, al afectar a derechos fundamentales.

VI. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

- La Administración sanitaria no responde por efectos adversos derivados de la administración de la vacuna contra la COVID-19.

STS nº 61/2026, de 27 de enero, rec. 5434/2024.

Paciente que había recibido una dosis de la vacuna Janssen contra la COVID-19 y que, semanas después, sufrió una trombosis mesentérica grave que precisó intervención quirúrgica.

El Tribunal Superior de Justicia de Extremadura confirmó el derecho del reclamante a ser indemnizado en atención a la aplicación al caso del principio de solidaridad social; si la vacunación beneficiaba al conjunto de la sociedad, los daños graves sufridos excepcionalmente por algunos ciudadanos debían ser asumidos por la colectividad.

El TS, admite que en el caso de tratarse de vacunas obligatorias los efectos adversos graves, aunque raros, podrían llegar a considerarse una carga social indemnizable en aplicación del principio de solidaridad. Pero en el caso de la vacuna contra la COVID-19, entiende que la decisión de vacunarse fue libre, voluntaria, y que el beneficio individual de protección era muy relevante. Por ello, el principio de solidaridad no basta en este caso para trasladar a la Administración todos los riesgos derivados de la inoculación:

> *"La Administración autonómica encargada de la vacunación contra el Covid-19, -dado el carácter excepcional de la pandemia internacional declarada en marzo de 2020- únicamente deberá responder por la actuación administrativa que derivase de una mala praxis, resultase contraria a la lex artis ad hoco respecto de la cual se acreditase la existencia de una falta de diligencia debida, sin que puedan imputársele todos los efectos adversos producidos, en algunas personas, por la inoculación de las vacunas en aquel contexto de emergencia sanitaria".*

VII. PRESTACIONES SANITARIAS

- Autorización de residencia por razones humanitarias por enfermedad sobrevenida.

SSTS 215/2026, de 24 de febrero y 492/2026, de 22 de abril.

DS

Las SSTS indicadas se pronuncian sobre qué debe entenderse por "enfermedad sobrevenida" a efectos del artículo 126.2 del Real Decreto 557/2011de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009, vigente en la fecha de los hechos.

El Supremo recuerda que los requisitos exigidos por ese precepto son acumulativos**.** No basta con que la persona haya iniciado o continúe un tratamiento en España, ni con que padezca una enfermedad grave. Es necesario que concurran conjuntamente varias condiciones: que la necesidad de asistencia sanitaria especializada aparezca durante la estancia en España y que ese tratamiento no sea accesible en el país de origen.

En el momento actual, el citado RD ha sido derogado por Real Decreto 1155/2024, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

- Cobertura sanitaria pública para padre de una ciudadana residente en España, con nacionalidad española. No procede la exigencia de seguro privado.

STS nº 103/2026, de 04 de febrero, nº rec 5868/2023.

El recurrente, solicitó la tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión Europea, siendo denegada su solicitud por considerar que el solicitante no acreditaba disponer de un seguro público o privado de enfermedad concertado con una entidad aseguradora autorizada para operar en España con una cobertura total equivalente a la proporcionada por el Sistema Nacional de Salud.

El recurrente, padre de una ciudadana residente en España, con nacionalidad española, al tiempo de solicitar la autorización de residencia como familiar de un ciudadano de la Unión, contaba con el derecho a obtener asistencia sanitaria en todo el territorio español en igualdad de condiciones que los ciudadanos españoles y a cargo del Sistema Nacional de Salud, pues no consta que concurrieran las circunstancias contempladas en los artículos 3.2.c) y 3 ter.2 de la Ley 16/2003.

Por tanto, no se puede exigir a un familiar de ciudadano de la Unión un seguro privado cuando el propio sistema sanitario público español ya le ofrece, conforme a la ley, una cobertura completa.

VIII. RESPONSABILIDAD SANITARIA

- Violencia obstétrica: trato deshumanizado.

STSJ Canarias, nº 291/2025 de 12 de junio, rec. 40/2025

D.ª Natividad reclamó responsabilidad patrimonial al Servicio Canario de la Salud tras el nacimiento sin vida de su hijo. La sentencia de instancia estimó su demanda y reconoció una indemnización de 200.000 euros, al apreciar una actuación sanitaria deficiente durante un embarazo de alto riesgo que no fue correctamente atendido ni vigilado.

El TSJ de Canarias desestima el recurso de apelación del Servicio Canario de la Salud y confirma la condena. El tribunal destaca que la paciente presentaba factores de riesgo —edad, obesidad y diabetes gestacional— y que, al acudir al hospital con contracciones, no recibió la valoración adecuada. Según el protocolo, debía haber sido derivada a un tocoginecólogo o, al menos, a un médico interno residente, pero fue enviada directamente a planta sin monitorización suficiente, sin registro tocográfico ni amnioscopia.

El tribunal reprocha, además, el trato recibido tras conocerse la muerte del feto:

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

- Validez del consentimiento informado otorgado tres años de la realización de la cirugía.

STSJ de Castilla La Mancha nº 295/2025, de 17 de noviembre, nº rec 190/2022.

El paciente es valorado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular que emite el diagnóstico

DS

de Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) Grado III en ambas piernas. Como consecuencia de este diagnóstico se le propone intervención quirúrgica de varicectomía que acepta, firmando el consentimiento (CI) ese mismo día.

Tras la realización de las cirugías, se produce lesión en el nervio safeno.

El Tribunal valora la validez del consentimiento prestado teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde que se otorgó hasta la intervención, que fue de tres años aproximadamente:

"Esta situación tiene ventajas e inconvenientes; por un lado, el emisor del consentimiento dispone de un tiempo inusualmente largo para dar, mantener y revocar su voluntad, a diferencia del caso en el que el consentimiento se presta en momentos inmediatos a la intervención, donde la premura dificulta una voluntad meditada; pero, por otro lado, deja en el pasado, olvidado, no actualizado, dicho consentimiento.

Consideramos que el consentimiento debería haberse actualizado si se hubiera modificado la situación clínica del paciente hasta el punto de que obligara a llevar a cabo alguna intervención diferente de aquélla/s sobre las que fue informado, o bien, no habiéndose modificado, si el Servicio médico correspondiente hubiera modificado, de oficio, el modelo de consentimiento o información que se da al paciente en idéntica situación clínica".

Al no concurrir ninguna de las modificaciones señaladas, se considera que el consentimiento conserva su vigencia.

- El consentimiento del paciente a una determinada intervención quirúrgica no se extiende a la operación finalmente practicada, aunque sean similares

STS nº 165/2026, de 4 de febrero, nº rec 771/2021.

La sentencia estima parcialmente la casación del demandante y le reconoce una indemnización de 25.000 euros por falta de consentimiento informado en una intervención de crioterapia prostática, aunque descarta mala praxis médica y mantiene que la técnica quirúrgica y el posoperatorio fueron correctos.

El caso gira en torno a un paciente diagnosticado de cáncer de próstata localizado de bajo riesgo, al que se propuso una crioterapia como técnica menos invasiva que la prostatectomía radical, y si hubo consentimiento informado válido para la crioterapia.

La Sala concluye que no queda acreditado un consentimiento informado válido para la crioterapia, porque el único documento firmado era el relativo a la prostatectomía radical, y no el de la técnica finalmente practicada. Aunque consta una anotación en la historia clínica donde se dice que se explicaron ambas opciones y que se entregaron ambos consentimientos, el Tribunal considera que eso no basta en este caso, especialmente porque la ley exige forma escrita para una intervención quirúrgica como ésta:

"Está acreditado que para el adecuado tratamiento de su patología procedía, según la ciencia médica, que el demandante, en decisión que le corresponde exclusivamente, se sometiese a la ablación de la glándula prostática, y que eran opciones al respecto la prostatectomía y la crioterapia, el demandante aceptó esta última, pero no queda acreditado que se le advirtiesen debidamente de sus riesgos típicos para tomar una decisión libre y bien conformada, sin que sea bastante, en las circunstancias expuestas, la manifestación en su historial clínico de que se le informó al respecto en términos que no constan, cuando la ley, además, exige la forma escrita y el único firmado es para otra técnica quirúrgica (art. 8.2 ley 41/2002)".

IX. DERECHOS DE LOS PACIENTES

- Menor de 13 años embarazada: su decisión de proseguir con el embarazo prevalece sobre la opinión de sus progenitores.

AAP de Tarragona nº 217/2025, de 17 de noviembre, nº rec 1490/2025.

Elisabeth, una adolescente de 13 años y 10 meses embarazada, manifiesta en contra de los deseos de sus progenitores, continuar con el embarazo y dar a luz a su bebé.

Los padres solicitan la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) alegando que existe un riesgo para la salud de su hija, que el nacimiento del bebé interrumpirá sus estudios de la ESO, y que ellos no están dispuestos a asumir la responsabilidad de la crianza que, por la edad de la menor, recaería sobre ellos.

El tribunal otorga la razón a la menor, confirmando la resolución que le atribuye la facultad para

DS

decidir sobre la continuación o interrupción de su embarazo.

Para ello toma en consideración que no existe contraindicación médica ni para seguir con el embarazo ni para el parto, la madurez intelectual y emocional de la menor, y su capacidad para comprender las consecuencias de su decisión, así como la prevalencia del interés superior de la menor sobre los intereses de sus progenitores, por lo que procede el respeto a sus derechos fundamentales al libre desarrollo de la personalidad y a la integridad física y moral.

- El TEDH condena a España por vulnerar la autonomía de una paciente al no informarle de la posible extirpación del pezón en una cirugía de mama.

TEDH. Sentencia S.O C. España, de 26 de junio de 2025.

La Sra. S.O., ciudadana venezolana había sido tratada en 2005 por cáncer de mama en el lado izquierdo. En 2016 le diagnosticaron un nuevo cáncer en la mama derecha siendo atendida en el Hospital Gómez Ulla de Madrid. Una resonancia detectó un tumor por encima de la areola derecha y, tras la valoración del comité de tumores, se le propuso una cirugía conservadora de mama.

El 1 de febrero de 2017 firmó un consentimiento informado que preveía una cuadrantectomía con linfadenectomía axilar. El documento incluía una cláusula en la que se establecía que, si surgía algún imprevisto, el equipo médico podría modificar la técnica.

Durante la cirugía se decidió resecar también el complejo areola-pezón (CAP), al detectarse células cancerígenas en los márgenes cercanos. Aunque posteriormente se confirmó que el CAP no estaba invadido, los médicos lo extirparon por razones de seguridad oncológica conforme a las indicaciones recogidas en protocolo.

La paciente presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Consejería de Sanidad, y alegó que solo había consentido una cirugía conservadora y la extirpación de ganglios, y que no se le explicó que la técnica del margen quirúrgico pudiera conducir a la resección del complejo areola-pezón.

Los tribunales españoles desestimaron sus pretensiones. El Tribunal Superior de Justicia de Madrid entendió que la actuación médica había respetado la lex artis y que el consentimiento informado era suficiente, porque el formulario priorizaba la seguridad oncológica, e incluía una cláusula que permitía modificar la técnica quirúrgica si surgían imprevistos. A su vez, el Tribunal Supremo inadmitió el recurso de casación por falta de interés casacional objetivo y el Tribunal Constitucional inadmitió el recurso de amparo por falta de especial trascendencia constitucional.

La cuestión jurídica ante el TEDH no se centró en si la operación fue técnicamente correcta, sino en si el Estado español había protegido adecuadamente el derecho de la paciente a prestar un consentimiento informado válido, dentro del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos.

El TEDH, a diferencia de los tribunales nacionales, consideró que la necesidad de ampliar los márgenes de resección para asegurar el éxito de la intervención era un escenario posible y previsible en este tipo de operaciones. Dada la naturaleza y el propósito de la cirugía conservadora de mama y los riesgos asociados, así como las circunstancias específicas del caso de S.O. (segundo cáncer de mama, ubicación del tumor), los médicos deberían haberla informado debidamente de antemano sobre la posibilidad de resección del CAP.

El TEDH manifiesta que una operación de este tipo tiene repercusiones significativas en la mujer, afectando su imagen y vida sexual, por lo que se debería haber informado a la paciente.

X. EUTANASIA

- Legitimación del progenitor para recurrir la decisión de la Comisión de garantías favorables a la petición de eutanasia formulada por la hija mayor de edad.

STSJ de Cataluña nº 3048/2025, de 19 de septiembre.

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

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

El asunto fue conocido inicialmente por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 12 de

DS

Barcelona, que dictó la Sentencia 69/2025, de 14 de marzo, acordando inadmitir el recurso. El motivo de la inadmisión fue la falta de legitimación activa del recurrente, al entender el juzgado que el padre no invocaba la vulneración de un derecho fundamental propio, dado que su hija era mayor de edad, se la consideraba capaz, y no se había aportado prueba alguna de incapacidad.

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

Recurrida la sentencia, el TSJ de Cataluña se pronuncia en apelación sobre la legitimación del padre, y revoca el criterio del juzgado de instancia. El Tribunal reconoce la existencia de un interés legítimo del progenitor tanto en preservar la vida de su hija, como en garantizar el control jurisdiccional de la legalidad de la resolución administrativa que autorizó la eutanasia.

El TSJ razona del siguiente modo:

"Como punto de partida, no cabe descartar de manera absoluta e indiscriminada la legitimación judicial de los padres como ejercitantes de un interés legítimo —complejo, y que puede ser en representación o incluso propio— en que sus hijos permanezcan con vida."

Y añade, en relación con la tutela judicial efectiva:

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

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

- Cuestión de interés casacional: legitimación de los familiares en relación con el derecho a la ayuda para morir. *(La cuestión casacional ya ha sido resuelta por la STS 690/2026, de 3 de junio, de fecha posterior a la fecha de celebración del Congreso de la Asociación de Juristas de la Salud).*

ATS nº 10102/2025, de 5 de noviembre, nº rec 4557/2025.

Francesc Augé, de 54 años, por el grave sufrimiento físico derivado de las secuelas de varios ictus e infartos, le fue autorizada la eutanasia.

El Juzgado inadmitió el recurso del padre, contrario a tal decisión. El TSJ de Cataluña sí reconoció al padre interés legítimo para recurrir. La Generalitat recurrió en casación.

La Sala admite el recurso de casación y aprecia que presenta interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia, respecto de la siguiente cuestión

"Determinar cuáles son los requisitos y circunstancias que permiten establecer la concurrencia de un interés legítimo de un tercero (en este caso, un progenitor), con el fin de reconocer su legitimación en un procedimiento judicial en relación con el reconocimiento de la prestación de eutanasia, a instancias de un solicitante mayor de edad con plenas capacidades para decidir sobre su vida"

XI. TRANSPARENCIA

- Información sobre el coste económico y contratos de compra de vacunas COVID-19 con laboratorios farmacéuticos

STS 10-03-2026, nº 295/2026, rec. 3386/2025

Una solicitante pidió al Ministerio de Sanidad información económica y contractual sobre la compra de vacunas contra la COVID-19, incluyendo el precio por dosis, el gasto realizado por España y copia de los contratos o documentos equivalentes suscritos directamente o a través de la Unión Europea.

La AEMPS denegó el acceso, pero el Consejo de Transparencia estimó parcialmente la reclamación y

DS

ordenó facilitar la información, permitiendo ocultar los datos que fueran claramente confidenciales.

La Audiencia Nacional anuló la decisión del Consejo al entender que la documentación estaba sometida al régimen europeo de acceso a documentos, previsto en el Reglamento 1049/2001.

El Tribunal Supremo señala en cambio que dicho Reglamento comunitario regula el acceso a documentos en poder de instituciones europeas, no a documentos que obran en poder de una Administración nacional. Por ello, no puede utilizarse directamente para justificar una denegación automática por parte del Ministerio de Sanidad.

No obstante, al existir una conexión con acuerdos de adquisición celebrados en el marco de la Unión Europea, el Supremo no ordena la entrega inmediata de la información. Estima parcialmente el recurso y exige al Ministerio que consulte a la Comisión Europea o le remita la solicitud, conforme al artículo 5 del Reglamento 1049/2001, antes de resolver definitivamente sobre el acceso.

XII. DERECHO PROCESAL

Cuando un perjudicado opta por la vía administrativa para reclamar responsabilidad patrimonial sanitaria, y la resolución administrativa desestimatoria adquiere firmeza sin ser recurrida en vía contencioso-administrativa, no puede posteriormente ejercitar la acción directa contra la aseguradora.

STS nº 970/2025 de, 17 de junio, rec. 3605/2020.

La Sra. Fidela sufrió un ictus tras una intervención quirúrgica en un hospital público, con graves secuelas; sus familiares formularon una reclamación administrativa contra la Consejería de Sanidad, que fue desestimada y no recurrida en vía contencioso-administrativa, adquiriendo firmeza.

Posteriormente, interpusieron demanda civil contra la aseguradora de la administración solicitando indemnización, que fue estimada parcialmente en primera instancia, pero la aseguradora recurrió en casación alegando la imposibilidad de la acción directa tras resolución administrativa firme.

La Sala invoca las sentencias 473/2020, de 17 de septiembre, de Pleno; 501/2020, de 5 de octubre; 1519/2023, de 6 de noviembre; 169/2024, de 12 de febrero; 1488/2024, de 11 de noviembre; y 876/2025, de 2 de junio, y declara que no es posible que se pueda accionar, de forma exclusiva, contra la aseguradora de la administración por la vía del art. 76 LCS, al existir ya una resolución administrativa firme, que declara la inexistencia de dicha responsabilidad:

> *"porque la cobertura del seguro de responsabilidad civil se encuentra subordinada a la existencia de una conducta antijurídica por parte de la administración asistencial sanitaria".*

XIII. CONTRATACIÓN PÚBLICA

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

TACP Madrid, Resolución 532/2025, de 18 de diciembre de 2025. Expediente 517/2025.

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

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

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

DS

El Tribunal recuerda que el procedimiento negociado sin publicidad debe interpretarse de forma estricta, precisamente porque limita la publicidad y la competencia. Sin embargo, considera que en este caso la justificación no se basaba en una exclusividad genérica del producto, sino en una necesidad clínica concreta: mantener el mismo tratamiento en pacientes ya tratados:

> *"la exclusividad del producto a suministrar se fundamenta en que la continuidad del tratamiento con Prolastina® constituye una exigencia clínica y de seguridad para los pacientes actualmente en tratamiento".*

- Anulación de las penalidades previstas por Osakidetza ante situaciones de desabastecimiento de medicamentos

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

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

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

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

La Sala reprocha a Osakidetza no haber justificado de forma suficiente la necesidad de apartarse del esquema legal de penalidades, ni las específicas características del contrato que pudieran legitimar un régimen más gravoso.

También destaca que las cláusulas no fijan un techo máximo para las cantidades a repercutir al contratista, lo que excede los límites legales y el principio de proporcionalidad.

DS

PROTEGER SIN CUSTODIAR: CAPACIDAD, RIESGO Y PROPORCIONALIDAD EN EL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO INVOLUNTARIO

Eladio
Aparicio Castro

Unidad de Psiquiatría.
Hospital Universitario Rafael Méndez.
Área de Salud III. Servicio Murciano de Salud, Lorca (Murcia)

SUMARIO

I. El lugar incómodo de la psiquiatría. II. Diagnóstico, riesgo e incapacidad: tres planos que no deben confundirse. III. La decisión capturada: juicio de realidad y capacidad funcional. IV. El marco jurídico como garantía, no como coartada. V. El estándar internacional: del Convenio Europeo a la Convención de Nueva York. VI. El artículo 763 LEC y la Ley 4/2026: garantías actuales y reforma pendiente. VII. Intervenciones no voluntarias distintas del internamiento. VIII. Riesgo suicida: formular, no adivinar. IX. Escalas, algoritmos y tecnologías emergentes: ayuda, no sustitución del juicio clínico. X. Proporcionalidad: el puente entre la clínica y el Derecho. XI. Apoyos, familia y alternativas menos restrictivas. XII. Menores, apoyos formales y situaciones de especial vulnerabilidad. XIII. Tres situaciones límite que conviene no confundir. XIV. La historia clínica explicativa. XV. Una propuesta práctica para urgencias y hospitalización. XVI. Errores frecuentes en la decisión y en la documentación. XVII. Continuidad asistencial y comunicación del riesgo. XVIII. Conclusiones. XIX. Bibliografía.

RESUMEN

El internamiento psiquiátrico involuntario exige distinguir entre proteger y custodiar. Ni el diagnóstico psiquiátrico, ni la existencia de riesgo, ni la presión médico-legal bastan por sí solos para limitar la libertad de una persona. Este trabajo propone una lectura clínico-jurídica basada en la capacidad funcional, el juicio de realidad, la formulación individualizada del riesgo y el principio de proporcionalidad. Se propone valorar cómo afecta el trastorno a la decisión, qué daño puede producirse y qué alternativas son viables. La indicación debe justificarse conforme al artículo 763 LEC y, cuando corresponda, al artículo 13 bis del texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad. La historia clínica debe explicar el razonamiento seguido, no limitarse a consignar etiquetas diagnósticas o frases rituales.

PALABRAS CLAVE

Internamiento involuntario; capacidad; riesgo suicida; proporcionalidad; historia clínica.

ABSTRACT

Involuntary psychiatric admission requires a clear distinction between protecting and custodial care. A psychiatric diagnosis, the existence of risk or medico-legal pressure are not, by themselves, sufficient grounds to restrict a person's liberty. This paper offers a clinical-legal approach based on functional decision-making capacity, reality testing, individualized risk formulation and proportionality. The proposed assessment considers how the disorder affects the decision, what harm may occur and which alternatives are feasible. Admission must be justified under Article 763 of the Spanish Civil Procedure Act and, where applicable, Article 13 bis of the consolidated General Act on the Rights of Persons with Disabilities Clinical records should explain the reasoning process, rather than merely recording diagnostic labels or ritualised phrases.

KEYWORDS

Involuntary admission; capacity; suicide risk; proportionality; clinical record.

I. EL LUGAR INCÓMODO DE LA PSIQUIATRÍA

El internamiento psiquiátrico involuntario ocupa un lugar incómodo dentro del Derecho sanitario. No es una sanción, no es una medida de orden público y no debería convertirse en una respuesta automática ante el temor al desenlace. Pero tampoco puede disolverse en una defensa abstracta de la autonomía cuando la enfermedad ha deteriorado precisamente la capacidad que permite ejercerla. Entre el abandono y la custodia se sitúa el espacio difícil de la buena práctica clínica: valorar si la persona decide desde una voluntad suficientemente conservada o desde una realidad patológica que ha capturado su decisión.

La dificultad no es solo técnica. Es también moral, jurídica e institucional. El clínico que valora a un paciente en urgencias o en una unidad de hospitalización breve no decide en condiciones ideales. Decide con información incompleta, bajo presión asistencial, con familiares angustiados, con recursos limitados, con incertidumbre pronóstica y, no pocas veces, con el recuerdo de desenlaces adversos previos. En ese contexto, el ingreso involuntario puede presentarse como una salida aparentemente tranquilizadora. Sin embargo, cuando se utiliza para neutralizar la incertidumbre y no para tratar una pérdida real de capacidad asociada a un riesgo grave, deja de ser una medida terapéutica excepcional y se aproxima peligrosamente a una forma de custodia preventiva.

La alternativa tampoco es dejar solo al paciente en nombre de una autonomía entendida de manera rígida. Hay momentos en los que la enfermedad mental desorganiza la experiencia, altera el juicio de realidad, impide apreciar el propio riesgo o convierte la negativa al tratamiento en una expresión directa del trastorno. En esos casos, respetar literalmente la negativa puede no ser respeto, sino abandono. La cuestión decisiva, por tanto, no es si el paciente tiene un diagnóstico psiquiátrico, si existe sufrimiento o si el clínico teme un mal resultado. La pregunta es más precisa: si la decisión concreta que se está valorando nace de una voluntad funcionalmente conservada o de un estado psicopatológico que la ha invadido.

El ordenamiento español recoge esta tensión. El artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil exige autorización judicial para el internamiento por razón de trastorno psíquico de quien no esté en condiciones de decidirlo por sí; si razones de urgencia hacen necesaria la inmediata adopción de la medida, el responsable del centro debe comunicarlo al tribunal competente en el plazo más breve posible y, en todo caso, dentro de veinticuatro horas; recibida la comunicación, el órgano judicial debe resolver sobre su ratificación en el plazo máximo de setenta y dos horas. La urgencia, por tanto, no suprime el control judicial, sino que desplaza su intervención a un momento inmediatamente posterior y sometido a plazos estrictos[1]. No estamos, por tanto, ante una habilitación genérica para ingresar a quien preocupa, sino ante una medida restrictiva de libertad que exige trastorno psíquico, incapacidad decisoria para esa concreta decisión, urgencia cuando no hay autorización previa y control judicial.

La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, refuerza el punto de partida general: toda actuación sanitaria necesita consentimiento libre y voluntario tras recibir información adecuada, salvo los supuestos legalmente previstos[2]. El rechazo de un tratamiento puede ser clínicamente difícil de aceptar, pero no por ello es inválido. La dificultad aparece cuando el rechazo no procede de una decisión libre, sino de una incapacidad funcional producida por la propia enfermedad. Ahí se sitúa el terreno específico del internamiento involuntario: no en la mera discrepancia entre médico y paciente, sino en la constatación de que la persona no puede decidir por sí misma en ese momento y para esa decisión.

Este trabajo propone una forma de ordenar ese razonamiento. No pretende sustituir la valoración clínica individual ni convertir la decisión en un formulario mecánico. Pretende, más bien, ofrecer un lenguaje compartido entre psiquiatría y Derecho sanitario para justificar cuándo proteger exige intervenir contra la voluntad y cuándo, por el contrario, la medida sería desproporcionada. La propuesta clínica consiste en precisar cómo afecta el trastorno a la decisión sobre el ingreso, qué daño se pretende evitar y qué alternativas ofrece el entorno. Esa valoración permite justificar la necesidad y la proporcionalidad de la medida dentro del supuesto legal aplicable. El análisis, de carácter narrativo, se refiere al marco estatal español vigente a 5 de noviembre de 2026. Los escenarios clínicos ilustrativos muestran su aplicación.

II. DIAGNÓSTICO, RIESGO E INCAPACIDAD: TRES PLANOS QUE NO DEBEN CONFUNDIRSE

Una parte importante de los errores en esta materia procede de confundir tres planos distintos: diagnóstico, riesgo e incapacidad. El diagnóstico orienta, pero no decide. El riesgo obliga a intervenir,

1 Art. 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

2 Arts. 2, 8 y 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

DS

pero no siempre autoriza la coerción. La incapacidad no se presume por la etiqueta diagnóstica, sino que debe apreciarse funcionalmente respecto de una decisión concreta.

La primera confusión es identificar diagnóstico psiquiátrico con incapacidad. Una persona con esquizofrenia puede explicar qué le ofrece el ingreso y decidir si lo acepta. Otra, con un delirium, puede perder transitoriamente esa capacidad. En tres unidades de agudos de Londres, Owen y colaboradores estimaron que el 60% de los 338 pacientes evaluables carecía de capacidad para la decisión examinada. Entre los 188 ingresados en régimen informal, la proporción fue del 39 %. La evaluación se refería, según el caso, a aceptar la medicación propuesta o el propio ingreso[3]. En urgencias, conocer el régimen de ingreso aporta menos que escuchar cómo entiende el paciente la decisión que tiene delante.

Este punto es coherente con la evolución contemporánea del Derecho de la discapacidad. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad desplaza el eje desde la sustitución de la voluntad hacia el reconocimiento de la capacidad jurídica y la provisión de apoyos[4]. La Ley 8/2021 introdujo en el Derecho civil español una profunda reforma orientada a sustituir el modelo clásico de incapacitación por un sistema de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica[5]. Aunque el internamiento involuntario conserva una regulación específica, este cambio cultural obliga a ser especialmente prudentes: la enfermedad mental no autoriza por sí misma a reemplazar la voluntad de la persona. La limitación de libertad exige una justificación añadida, concreta y actual.

La segunda confusión es identificar riesgo con ingreso. El riesgo forma parte de la clínica psiquiátrica. Puede ser suicida, autolesivo, heteroagresivo, de abandono de autocuidados, de consumo, de descompensación o de deterioro social. Pero no todo riesgo es igual, ni todo riesgo es coercible. Un riesgo crónico, fluctuante o ligado a factores psicosociales puede exigir seguimiento estrecho, tratamiento, plan de seguridad, intervención familiar, coordinación con atención primaria o servicios sociales. No necesariamente justifica una privación de libertad. Si se propone el ingreso, la pregunta clínica es qué daño concreto puede evitar y por qué el seguimiento o el apoyo disponibles resultan insuficientes en ese momento.

La tercera confusión es considerar que una mala decisión equivale a incapacidad. Las personas capaces pueden tomar decisiones imprudentes, rechazar tratamientos útiles, minimizar problemas, desconfiar de recursos sanitarios o preferir opciones que el médico considera menos adecuadas. En una medicina respetuosa con la autonomía, la discrepancia no basta. El clínico debe explorar cómo ha llegado la persona a su decisión, aunque él hubiera elegido otra opción. Una discrepancia razonada puede orientar la búsqueda de un plan que el paciente sí acepte.

La literatura clásica sobre capacidad para consentir tratamiento insiste precisamente en este carácter funcional y específico de la evaluación. Appelbaum y Grisso describieron cuatro habilidades centrales: expresar una elección, comprender información relevante, apreciar la situación y sus consecuencias, y razonar comparando opciones[6]. Estas habilidades no son una escala ornamental: obligan al clínico a abandonar fórmulas globales y a describir qué función está alterada y por qué. No basta con escribir "sin capacidad" o "capacidad conservada". Hay que mostrarlo.

El error inverso también existe. Puede haber una apariencia formal de decisión, pero sin capacidad real. Un paciente puede decir "no quiero ingresar" de manera clara y, sin embargo, rechazar el ingreso porque cree de forma delirante que el hospital forma parte de una persecución; puede negar el riesgo suicida mientras obedece voces imperativas; puede rechazar el tratamiento en plena manía porque se considera invulnerable; puede oponerse a cuidados básicos en un delirium fluctuante. En esos casos, la forma externa de la elección no debe ocultar que la enfermedad organiza la decisión.

III. LA DECISIÓN CAPTURADA: JUICIO DE REALIDAD Y CAPACIDAD FUNCIONAL

La expresión "decisión capturada" no pretende introducir una categoría diagnóstica nueva. Sirve para nombrar una experiencia clínica reconocible: el momento en que la decisión del paciente deja de

3 OWEN, G. S., RICHARDSON, G., DAVID, A. S., SZMUKLER, G., HAYWARD, P. y HOTOPF, M. (2008). Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. BMJ, 337, a448. doi:10.1136/bmj.39580.546597.BE.

4 Art. 12 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

5 Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

6 APPELBAUM, P. S. y GRISSO, T. (1988): «Assessing patients' capacities to consent to treatment». *The New England Journal of Medicine*. 319(25), p. 1635-1638; GRISSO, T. y APPELBAUM, P. S. (1998): *Assessing Competence to Consent to Treatment*. New York. Oxford University Press.

DS

ser una expresión suficientemente libre de sus valores y preferencias para convertirse en una consecuencia directa de la alteración psicopatológica. La cuestión no es paternalista. No se trata de decidir por el paciente porque el médico sabe más. Se trata de determinar si el paciente puede decidir, aquí y ahora, sobre esta medida concreta.

El juicio de realidad es un primer eje. No en el sentido estrecho de preguntar si hay o no psicosis, sino en el sentido más amplio de valorar si la conducta actual se organiza según una experiencia compartible del mundo o según una vivencia patológica dominante. Las ideas delirantes, las alucinaciones auditivas de carácter imperativo, la desorganización del pensamiento, la confusión, la exaltación maniforme, un episodio depresivo con características nihilistas, o determinados estados de intoxicación, pueden alterar de forma decisiva esa relación con la realidad. Pero también aquí conviene evitar automatismos: puede haber síntomas psicóticos residuales sin pérdida suficiente de capacidad, y puede haber pérdida grave de capacidad sin una psicosis típica.

El segundo eje es la capacidad funcional. La capacidad no se valora en abstracto ni de una vez para siempre. Se valora para una decisión concreta: aceptar o rechazar ingreso, tratamiento, observación, traslado, contención, seguimiento o información a familiares. Además, es graduada y puede fluctuar. Un paciente con ansiedad intensa puede no estar en condiciones de decidir en los primeros minutos de una crisis, pero sí tras contención verbal, tratamiento sintomático y reevaluación. Un paciente intoxicado puede precisar observación hasta que sea posible valorar. Un paciente deprimido puede conservar capacidad para decidir, aunque su decisión preocupe.

La valoración funcional exige describir cuatro preguntas. Primera: ¿comprende la información relevante? Segunda: ¿aprecia que esa información se aplica a su situación y no la rechaza por una negación delirante o una distorsión psicopatológica grave? Tercera: ¿puede razonar mínimamente sobre alternativas y consecuencias? Cuarta: ¿puede comunicar su elección por algún medio? Si cambia de parecer, conviene explorar sus razones y comprobar qué apoyos necesita para decidir. Estas preguntas no convierten la evaluación en un trámite; la vuelven más honesta. Permiten distinguir entre una negativa válida, una negativa imprudente pero competente y una negativa determinada por enfermedad.

El tercer eje es el vínculo entre capacidad y riesgo. La pérdida de capacidad por sí sola no siempre justifica ingreso involuntario. Un paciente puede tener capacidad disminuida por un cuadro confusional que requiere tratamiento médico, no necesariamente internamiento psiquiátrico. Una esquizofrenia residual puede exigir apoyos, supervisión o medidas civiles, no una UHB. A la inversa, un riesgo suicida puede existir con capacidad conservada. Al valorar la necesidad de intervenir, interesa explicar qué relación existe entre el estado mental, la decisión sobre el ingreso y el daño que se pretende evitar.

El ingreso involuntario es, por tanto, una medida de frontera. Desde la clínica hay que justificar qué efecto tiene el trastorno sobre la decisión y qué protección adicional ofrece el ingreso frente a las alternativas disponibles. En términos clínicos, la pregunta podría formularse así: ¿la negativa al ingreso es una decisión del paciente con la que no estoy de acuerdo o es un síntoma de la descompensación que debo tratar? La diferencia no siempre es limpia, pero debe intentarse documentar.

IV. EL MARCO JURÍDICO COMO GARANTÍA, NO COMO COARTADA

El Derecho no resuelve por sí mismo la incertidumbre clínica, pero impide que la incertidumbre se transforme sin más en privación de libertad. Esa es su función garantista. En materia de internamiento involuntario, la norma no debe leerse como un obstáculo externo al tratamiento, sino como una exigencia de precisión: si se limita la libertad de una persona por razón de trastorno psíquico, debe poder explicarse por qué esa persona no está en condiciones de decidir y por qué la medida no puede esperar o no puede sustituirse por otra menos restrictiva.

El artículo 763 LEC exige que, por razón de trastorno psíquico, la persona no esté en condiciones de decidir por sí misma sobre el internamiento. La autorización judicial es previa, salvo que existan razones de urgencia que obliguen al ingreso inmediato. El precepto no enumera la peligrosidad como requisito autónomo. En el razonamiento clínico propuesto, concretar el daño previsible y valorar alternativas sirve para justificar la necesidad y la proporcionalidad del ingreso. Identificado el supuesto aplicable, deben cumplirse sus garantías específicas.

La Ley 41/2002 ofrece el reverso sanitario de la misma cuestión. El consentimiento informado no es una cortesía formal, sino la expresión jurídica de que el paciente conserva un espacio propio de decisión. El paciente puede aceptar, rechazar o elegir entre opciones clínicas, salvo en los supuestos previstos legalmente. Entre ellos se encuentra el riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica cuando no es posible obtener autorización, consultando a familiares o personas vinculadas si las

DS

circunstancias lo permiten[7]. Pero esta excepción no convierte cualquier riesgo en autorización general para sustituir la voluntad. Exige gravedad, inmediatez e imposibilidad de obtener autorización válida.

El Convenio de Oviedo aporta un lenguaje especialmente útil para esta materia: la intervención sanitaria solo puede realizarse después de que la persona afectada haya prestado un consentimiento libre e informado, y dicho consentimiento puede retirarse en cualquier momento.[8] El Convenio contempla la protección de quienes no pueden consentir, las condiciones para tratar un trastorno mental grave sin consentimiento, las intervenciones indispensables en situaciones de urgencia y los deseos expresados con anterioridad. Estas disposiciones deben leerse junto a las garantías del Derecho interno. En psiquiatría, esta exigencia obliga a separar dos planos que con frecuencia se mezclan. Una cosa es que el tratamiento parezca conveniente o incluso muy recomendable; otra distinta es que concurran razones jurídicas y clínicas suficientes para imponerlo contra la voluntad expresada.

La psiquiatría se mueve, por tanto, en un terreno más estrecho de lo que a veces se supone. No puede imponer tratamiento o ingreso porque la decisión del paciente sea mala, porque la familia esté asustada o porque el profesional tema una reclamación. La decisión exige identificar el daño que se pretende evitar, valorar la capacidad para esa actuación y explicar qué norma autoriza la intervención concreta. El ingreso y los tratamientos durante la estancia requieren justificaciones diferenciadas.

Esta lectura también protege al clínico. Obliga a abandonar tanto la medicina defensiva como el voluntarismo ingenuo. Si el paciente conserva capacidad y el riesgo puede abordarse con medidas menos restrictivas, el ingreso involuntario no se vuelve correcto por temor al futuro. Cuando la enfermedad interfiere en la decisión y existe un riesgo grave, procede valorar la necesidad de proteger a la persona, las alternativas disponibles y las garantías aplicables a cada medida. El marco jurídico no pide al psiquiatra que sea omnisciente. Le pide que razone, que respete garantías y que pueda explicar por qué actuó como actuó con la información disponible en ese momento.

La STC 132/2010 declaró inconstitucionales por insuficiencia de rango determinados incisos del artículo 763.1 LEC y excluyó expresamente su nulidad[9]. La STC 141/2012 precisó cuándo empieza a correr el plazo de comunicación al tribunal. Si el ingreso es involuntario desde el principio, cuenta desde el momento material del ingreso. Si la persona ingresó voluntariamente y después retira su consentimiento, el plazo empieza cuando cambia su voluntad y el centro la mantiene ingresada. La comunicación debe hacerse lo antes posible y, en todo caso, dentro de las veinticuatro horas[10].

La LO 8/2015 atribuyó carácter orgánico al artículo 763 LEC[11]. La STC 182/2015, FJ 6, aclaró que, una vez recibida la comunicación en el decanato, el reparto al juzgado no abre un intervalo adicional en el plazo máximo de setenta y dos horas para ratificar el ingreso[12]. La STC 56/2026, de 20 de julio, apreció una vulneración de la libertad personal: la persona afectada careció de defensa efectiva y la información facilitada no le permitió comprender su situación. Ante la imposibilidad del afectado de comprender la información sobre sus derechos, y constando en las actuaciones que su hermana ejercía la guarda de hecho, el juzgado debía comunicarle de oficio esos derechos antes de resolver sobre la ratificación del ingreso[13]. Para el equipo asistencial, interesa dejar constancia de cómo se explicó la medida y qué apoyo resultó necesario.

V. EL ESTÁNDAR INTERNACIONAL: DEL CONVENIO EUROPEO A LA CONVENCIÓN DE NUEVA YORK

En Winterwerp c. Países Bajos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos fijó tres condiciones para el internamiento por trastorno mental en el marco del artículo 5.1.e del Convenio Europeo de Derechos Humanos. En primer lugar, el trastorno debe acreditarse de forma fiable mediante una valoración médica objetiva. En segundo lugar, su naturaleza o intensidad debe justificar la privación de libertad. En tercer lugar, el internamiento solo puede mantenerse mientras persista el trastorno que lo justificó. En una urgencia que impida recabar antes el dictamen médico, este deberá obtenerse

7 Art. 9.2.b) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

8 Arts. 5 a 9 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina del Consejo de Europa.

9 FFJJ 2 y 3 de la STC 132/2010, de 2 de diciembre (ECLI:ES:TC:2010:132).

10 STC 141/2012, de 2 de julio, FJ 5, en especial la letra c) (ECLI:ES:TC:2012:141).

11 Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, artículo segundo, apartado tres, que dio nueva redacción a la disposición adicional primera de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

12 STC 182/2015, de 7 de septiembre, FJ 6 (ECLI:ES:TC:2015:182.

13 STC 56/2026, de 20 de julio, FJ 5, apartados B y C (BOE-A-2026-17881).

DS

inmediatamente después[14]. La valoración conjunta de capacidad, riesgo y alternativas que se propone aquí es una elaboración clínica para razonar la indicación y su revisión.

Winterwerp (§ 37) ya advirtió de que el mero apartamiento de las normas sociales carece de entidad para justificar un internamiento. Rakevich c. Rusia (§ 26) retomó esa advertencia. En X c. Finlandia, el Tribunal examinó la independencia del dictamen médico para prolongar el ingreso y, por separado, las garantías frente a la medicación forzosa[15]. En España, el artículo 763.3 LEC encomienda al tribunal recabar el dictamen de un facultativo de su designación. Para el equipo que indica el ingreso, esto exige ofrecer hechos y razones que otro profesional pueda contrastar.

A este eje clásico se superpone el cambio de paradigma de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Su artículo 14 exige que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la libertad en igualdad de condiciones y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de libertad[16]. El Comité que vela por la aplicación de la Convención ha llegado a recomendar a España la revisión o derogación del artículo 763 LEC, por entender que cualquier internamiento basado en la discapacidad es incompatible con el tratado[17]. Existe aquí una tensión no resuelta entre dos lógicas: la del Convenio Europeo, que admite el internamiento por trastorno mental con garantías, y la lectura más estricta del Comité, que tiende a rechazar toda medida sustitutiva de la voluntad. La evaluación funcional ayuda al clínico a identificar los apoyos que la persona precisa para decidir. El Comité cuestiona también el empleo de pruebas funcionales para negar capacidad jurídica. Esa objeción sigue abierta y obliga a distinguir la exploración clínica de los presupuestos legales de una restricción de libertad.

VI. EL ARTÍCULO 763 LEC Y LA LEY 4/2026: GARANTÍAS ACTUALES Y REFORMA PENDIENTE

En mayo de 2026 se publicó una proposición de ley orgánica para reformar el artículo 763 LEC[18]. La iniciativa distinguía internamientos asistenciales, terapéuticos y de urgencia vital. La disolución de las Cámaras el 6 de octubre determinó su caducidad conforme al artículo 207 del Reglamento del Congreso. El texto conserva interés como antecedente del debate.

Desde el 23 de octubre de 2026, el artículo 13 bis del Real Decreto Legislativo 1/2013 refuerza el consentimiento y los apoyos en la atención a la salud mental. Si la persona no puede decidir, se consultará su voluntad anticipada en los documentos registrados o en la historia clínica. El apartado 3.a prohíbe el internamiento involuntario por razón de discapacidad salvo en crisis que comprometan la vida del paciente o de terceros. El artículo 2.s de la misma norma define la urgencia vital de forma más amplia: comprende situaciones excepcionales, extraordinarias y puntuales que exigen actuar de inmediato ante un peligro inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros, cuando resulta imposible obtener un consentimiento libre e informado mediante un formato o medio adecuado y los apoyos han sido totalmente ineficaces. Para el Ministerio de Sanidad, esta definición rige en todo el artículo 13 bis y el artículo 763 LEC sigue permitiendo ingresos urgentes sin urgencia vital. Sanidad interpreta que la prohibición alcanza los ingresos motivados exclusivamente por la discapacidad y que una situación clínica concurrente puede justificar el internamiento si se cumplen las garantías de ambos preceptos. Su documento de preguntas y respuestas recoge un criterio interpretativo y carece de valor normativo propio[19]. El informe clínico debe identificar el supuesto legal aplicable y explicar cómo afecta el trastorno a la decisión concreta, qué daño se pretende evitar y por qué las alternativas disponibles resultan insuficientes.

El artículo 763 LEC mantiene la autorización judicial previa como regla general. En el ingreso

14 Winterwerp c. Países Bajos, STEDH de 24 de octubre de 1979, demanda 6301/73, §§ 37 y 39. Sobre el momento del dictamen en situaciones urgentes, Varbanov c. Bulgaria, STEDH de 5 de octubre de 2000, demanda 31365/96, § 47

15 STEDH de 28 de octubre de 2003, Rakevich c. Rusia, demanda 58973/00, §§ 26–27. STEDH de 3 de julio de 2012, X c. Finlandia, demanda 34806/04, §§ 169–170 y 220–221

16 Art. 14 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU.

17 COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2019). Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España, CRPD/C/ESP/CO/2-3, §§ 26–27, en especial 27.a. Véase también su Observación general n.º 1 (2014), CRPD/C/GC/1, § 15.

18 GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA (2026): Proposición de Ley Orgánica por la que se reforma la tramitación de los internamientos involuntarios del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (122/000279). Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, Serie B, núm. 328-1, de 4 de mayo de 2026. Para la caducidad de la iniciativa, véanse el Real Decreto 806/2026, de 5 de octubre, art. 1, y el Reglamento del Congreso de los Diputados, art. 207.

19 Ministerio de Sanidad (2026), Documento de preguntas y respuestas sobre el nuevo artículo 13 bis de la Ley General de Derechos de Personas con Discapacidad, preguntas 1, 2 y 6. https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6992.

DS

urgente, el centro debe comunicar la medida al tribunal lo antes posible y dentro de las primeras veinticuatro horas. El tribunal dispone de un máximo de setenta y dos horas desde que conoce el internamiento para resolver sobre su ratificación. Antes de decidir, debe oír a la persona y al Ministerio Fiscal, examinar personalmente al afectado y recabar el dictamen de un facultativo de su designación. Los informes sobre la necesidad de mantener el ingreso se emiten cada seis meses, salvo que el tribunal fije un plazo inferior. Cuando los facultativos consideren que mantener el ingreso ha dejado de ser necesario, darán el alta y lo comunicarán inmediatamente al tribunal.

La disposición final decimonovena de la Ley 4/2026 concede al Gobierno un año desde su entrada en vigor para remitir a las Cortes un proyecto de ley orgánica de reforma del artículo 763 LEC. Su apartado segundo prevé el desarrollo normativo sanitario y social que deberá acompañar a esa reforma. Una actuación distinta, ya iniciada al cierre de este trabajo, es la consulta pública previa del Ministerio de Sanidad para desarrollar reglamentariamente el artículo 13 bis. Mientras tanto, cuando se invoque la urgencia vital, el artículo 13 bis.2.c remite al procedimiento del artículo 763 y exige documentar las alternativas voluntarias agotadas y la información dada al paciente sobre sus derechos y garantías.

VII. INTERVENCIONES NO VOLUNTARIAS DISTINTAS DEL INTERNAMIENTO

El internamiento involuntario no agota las decisiones coercitivas en salud mental. En la práctica, algunas de las actuaciones más restrictivas se producen dentro o alrededor del ingreso: contención mecánica, medicación intramuscular no consentida, aislamiento, traslado sanitario forzoso o mantenimiento en observación mientras se aclara una intoxicación, un delirium o una crisis conductual. No todas comparten el mismo fundamento jurídico ni la misma finalidad clínica, pero todas exigen la misma cultura de proporcionalidad. La autorización del ingreso no otorga por sí sola consentimiento para la medicación, la terapia electroconvulsiva, el aislamiento o la sujeción. Cada intervención requiere una indicación propia, la valoración del consentimiento y, en su caso, el fundamento y las garantías de su aplicación sin él. En X c. Finlandia (§§ 220–221), el TEDH examinó por separado la medicación forzosa y apreció que el sistema aplicado carecía de garantías suficientes frente a la arbitrariedad.

Conviene distinguir, en primer lugar, el internamiento por razón de trastorno psíquico de la intervención sanitaria urgente ante un riesgo inmediato grave. Un delirium, una hipoglucemia, una encefalopatía, una intoxicación o un síndrome de abstinencia pueden producir agitación, rechazo de cuidados o falta transitoria de capacidad. En estos supuestos, el centro de gravedad puede no estar en el artículo 763 LEC, sino en la asistencia médica urgente amparada por la Ley 41/2002 cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica y no es posible obtener un consentimiento válido[20]. La diferencia no es puramente académica: llamar "ingreso psiquiátrico involuntario" a toda conducta no colaboradora de origen orgánico empobrece la indicación clínica y confunde el circuito de garantías. El delirium, por ejemplo, es ante todo una urgencia médica; puede requerir medidas de protección no voluntarias, pero su destino natural no es una unidad psiquiátrica si precisa diagnóstico y tratamiento somático. Si se impide la salida de la persona, deben registrarse el momento y las circunstancias de la restricción y aplicarse las garantías que correspondan a su naturaleza y duración.

La contención mecánica y la medicación no consentida merecen una cautela particular. No deberían presentarse como actos menores por ser breves o instrumentales. Una contención de minutos puede ser subjetivamente más invasiva que un ingreso aceptado después de unas horas de observación. Su justificación no puede descansar en la comodidad del dispositivo, en la falta de personal o en la mera desobediencia del paciente. Debe responder a una finalidad clínica inmediata: evitar un daño grave e inminente, permitir una asistencia imprescindible o contener una agitación que no puede abordarse de otro modo en ese momento. El artículo 13 bis.3.d prohíbe las intervenciones involuntarias de carácter punitivo o disciplinario. El apartado 2.d reserva las sujeciones y contenciones a situaciones excepcionales y exige tratarlas como incidentes de seguridad, documentarlas en la historia clínica y evaluarlas después de su aplicación.

La misma tríada resulta aquí útil, aunque adaptada a la urgencia. Debe preguntarse si la conducta está gobernada por una alteración del juicio de realidad, una intoxicación, una confusión, una manía, una psicosis o una angustia que impide colaborar; si existe un riesgo grave y próximo; y si se han intentado o descartado medidas menos restrictivas razonables, como la contención verbal, la reducción de estímulos, la presencia de una persona de confianza, la espera vigilada, el tratamiento oral o el traslado a un entorno más seguro. En las situaciones de peligro

20 Ley 41/2002, art. 9.2.b.

DS

inmediato no se exige una deliberación imposible, pero sí una justificación posterior clara.

Una regla práctica puede formularse así: cuanto más breve y urgente sea la medida, más importante es documentar después con precisión por qué no había otra alternativa real; cuanto más prolongada sea, más exigente debe ser la revisión. La contención no debe continuar por inercia cuando cede la agitación; la medicación no consentida no debe repetirse sin reevaluar capacidad y finalidad; la observación no debe transformarse en un internamiento encubierto sin activar las garantías correspondientes. La proporcionalidad no es solo la puerta de entrada de la medida restrictiva, sino también su límite temporal.

Esta distinción ayuda a evitar dos errores simétricos. El primero es convertir cualquier resistencia del paciente en "criterio psiquiátrico" de ingreso o medicación forzosa. El segundo es paralizar una intervención necesaria por miedo a que toda actuación sin consentimiento sea ilegítima. Entre ambos extremos hay una práctica más rigurosa: identificar la fuente de la incapacidad, elegir la medida menos restrictiva que proteja de un daño grave, revisar de forma temprana y dejar constancia del razonamiento.

VIII. RIESGO SUICIDA: FORMULAR, NO ADIVINAR

El riesgo suicida es probablemente el ámbito en el que esta tensión se vuelve más intensa. Tras una muerte por suicidio, la mirada retrospectiva tiende a ordenar los hechos como si el desenlace hubiera sido evidente. Lo que antes era ambivalencia, fluctuación, ocultación, impulsividad o cambio rápido de estado mental puede reinterpretarse como una señal clara que debió imponer el ingreso. Esa lectura retrospectiva es comprensible desde el dolor, pero puede resultar injusta si se convierte en estándar clínico o jurídico. Prevenir el suicidio es una obligación asistencial de medios, no una capacidad de predicción individual absoluta. En Fernandes de Oliveira c. Portugal (Gran Sala, 2019), el TEDH examinó si las autoridades conocían o debían conocer un riesgo real e inmediato y si adoptaron las medidas razonables a su alcance. La Gran Sala descartó en ese caso la vulneración sustantiva del artículo 2 y apreció una vulneración procesal por la duración del procedimiento[21].

La literatura muestra que una parte relevante de los intentos suicidas ocurre tras intervalos breves entre la ideación y el acto. En el estudio de Deisenhammer y colaboradores, 39 de los 82 supervivientes entrevistados en los tres días siguientes a un intento refirieron diez minutos o menos entre el primer pensamiento suicida de ese episodio y el acto[22]. La estimación es retrospectiva y corresponde a quienes sobrevivieron al intento. Este dato no debe usarse para banalizar el riesgo, sino para recordar sus límites: la conducta suicida puede ser fluctuante, ambivalente e impulsiva. Ninguna entrevista, escala o ingreso puede transformar completamente esa incertidumbre en certeza.

Las recomendaciones NICE sobre autolesión son especialmente claras al respecto. Desaconsejan utilizar herramientas o escalas de riesgo para predecir futuros suicidios o repeticiones de autolesión, así como emplear categorías globales de bajo, medio o alto riesgo para decidir quién debe recibir tratamiento o ser dado de alta[23]. En su lugar, recomiendan una evaluación psicosocial centrada en las necesidades, la seguridad física y psicológica inmediata y a largo plazo, la retirada negociada de medios cuando sea posible, la implicación de familiares o cuidadores con consentimiento cuando proceda, el plan de seguridad y la continuidad asistencial[24].

Esto tiene consecuencias prácticas importantes. Una buena valoración del riesgo no debería terminar en una etiqueta, sino en una formulación. Riesgo de qué, para quién, en qué plazo, mediante qué mecanismo clínico, con qué factores dinámicos, con qué acceso a medios, con qué capacidad de pedir ayuda, con qué apoyos y con qué posibilidad real de seguimiento. La formulación no pretende acertar el futuro; pretende orientar la intervención presente.

En la práctica, la frase "niega ideación autolítica actual" es insuficiente si aparece sola. Puede ser cierta, pero no explica nada. No dice si hubo intento reciente, si existe arrepentimiento, si hay crítica, si el paciente pidió ayuda, si conserva capacidad, si hay acceso a medios, si la familia puede supervisar, si hay consumo, si existe plan de seguridad o si la negativa al ingreso procede de una decisión competente o de una vivencia patológica. Una historia

21 TEDH, Gran Sala, Fernandes de Oliveira c. Portugal, demanda 78103/14, sentencia de 31 de enero de 2019, fallo sobre las vertientes material y procesal del artículo 2.

22 DEISENHAMMER, E. A. et al. (2009): «The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt?». *The Journal of Clinical Psychiatry*. 70(1), 19-24.

23 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2022): *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE guideline NG225*, recomendaciones 1.6.1-1.6.4.

24 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2022): *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE guideline NG225*, recomendaciones 1.6.5–1.6.6, 1.7.1, 1.9.6, 1.10.1–1.10.2 y 1.11.7–1.11.8.

DS

clínica que solo recoge la negación de ideación suicida queda pobre precisamente porque el riesgo suicida no se reduce a una respuesta verbal en un momento dado.

Tampoco es correcto el movimiento contrario: ingresar involuntariamente a toda persona que haya realizado una conducta autolítica o que exprese deseos de muerte. Puede haber un intento grave con posterior crítica, juicio de realidad conservado, aceptación de tratamiento, apoyo familiar y plan de seguridad razonable. Y puede haber una ideación aparentemente menos llamativa, pero asociada a delirio de culpa, voces imperativas, intoxicación grave, agitación, aislamiento y negativa no capacitada. La gravedad del método importa, pero no sustituye a la valoración de capacidad, mecanismo de riesgo y proporcionalidad.

El suicidio confronta al clínico con una exigencia imposible si se formula como deber de resultado. La buena práctica no consiste en prometer que el desenlace no ocurrirá. Consiste en evaluar con rigor, tratar el trastorno subyacente, activar medidas de protección proporcionadas, implicar apoyos cuando sea posible, asegurar continuidad asistencial y documentar por qué la decisión adoptada era razonable en ese momento. Esa diferencia entre prevención razonable y omnipotencia retrospectiva debería ser central en cualquier análisis jurídico de la responsabilidad profesional.

IX. ESCALAS, ALGORITMOS Y TECNOLOGÍAS EMERGENTES: AYUDA, NO SUSTITUCIÓN DEL JUICIO CLÍNICO

El debate sobre el riesgo suicida se ha desplazado en los últimos años hacia herramientas automatizadas, modelos predictivos, alertas en historia clínica electrónica y sistemas de ayuda a la decisión. Su atractivo es comprensible. La presión asistencial es alta, los eventos son graves, la tolerancia social al error es baja y los profesionales trabajan con información fragmentaria. Una tecnología que prometiera identificar con precisión quién se suicidará, quién repetirá una autolesión o quién necesita ingreso resolvería, al menos en apariencia, una parte del conflicto. El problema es que esa promesa puede ser mayor que la evidencia disponible y, sobre todo, mayor que lo que jurídicamente puede sostener una decisión restrictiva de libertad.

Un instrumento digital puede ordenar información y facilitar su transmisión. Tras una autolesión, una puntuación global aporta poco para decidir si esta persona puede regresar a casa hoy. NICE desaconseja utilizar esas puntuaciones para predecir un suicidio o decidir el alta[25]. Si el sistema genera una alerta, interesa averiguar qué dato la activó y contrastarlo con lo que el paciente refiere y con el apoyo que podrá recibir.

El Reglamento europeo de inteligencia artificial introduce, además, una exigencia de prudencia institucional. Los sistemas de IA que pueden incidir en salud, seguridad o derechos fundamentales quedan sometidos a un enfoque basado en el riesgo y, en determinados supuestos, a obligaciones reforzadas de gobernanza, transparencia, trazabilidad y supervisión humana. Ahora bien, la aplicación concreta de esas obligaciones reforzadas dependerá de la finalidad prevista del sistema, de su eventual integración como producto sanitario o componente de seguridad y de su encaje regulatorio específico[26]. Trasladado al terreno del internamiento involuntario, esto significa que ningún sistema automatizado debería ser utilizado como fundamento autónomo de una privación de libertad. Puede informar, señalar inconsistencias o sugerir revisión, pero no puede sustituir la evaluación de capacidad, juicio de realidad, mecanismo de riesgo, alternativas menos restrictivas y proporcionalidad.

La razón es doble. Desde la clínica, el dato que importa no es solo si una persona pertenece a un grupo estadístico con mayor probabilidad de autolesión, sino si en ese momento concreto está decidiendo con capacidad suficiente o desde una enfermedad que captura su decisión. Desde el Derecho, la privación de libertad exige motivación individualizada, no una inferencia poblacional. Un algoritmo puede señalar correlaciones; no puede explicar por sí solo por qué esta persona, hoy, no está en condiciones de decidir y por qué no existe una medida menos restrictiva razonable.

Por eso, si en el futuro se incorporan herramientas predictivas en urgencias o unidades de hospitalización, el estándar documental debería ser exigente. La historia clínica no tendría que limitarse a “alerta

25 NICE (2022), NG225, recomendaciones 1.6.1–1.6.4.

26 Arts. 1, 6, 8-15 y anexo III del Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial. El Reglamento no lista nominalmente los sistemas de predicción de riesgo suicida como sistemas de alto riesgo; su eventual calificación dependerá de su finalidad prevista, de su integración como producto o componente de seguridad conforme a normativa sectorial, o de su encaje en alguno de los supuestos del anexo III y de la valoración exigida por el artículo 6. Véase el art. 113 en la redacción del Reglamento (UE) 2026/1744. El capítulo III, secciones 1 a 3, con la excepción del art. 6.5, se aplica desde el 2 de diciembre de 2027 a los sistemas del art. 6.2 y anexo III, y desde el 2 de agosto de 2028 a los del art. 6.1 y anexo I.

DS

de alto riesgo", sino explicar qué datos clínicos concretos confirman o matizan esa alerta, qué elementos la contradicen, cómo se ha valorado la capacidad y qué decisión proporcional se adopta. De lo contrario, la tecnología puede convertirse en una nueva forma de medicina defensiva: no ingresar porque el sistema no alertó, o ingresar porque alertó, sin razonamiento propio. Antes de incorporar un modelo conviene comprobar su calibración en la población atendida, la frecuencia de falsas alarmas y omisiones y si su uso mejora decisiones o resultados en la práctica.

El lugar adecuado de estas herramientas es auxiliar. Pueden mejorar la memoria del sistema, no reemplazar la responsabilidad del profesional. En un campo donde están en juego la vida, la libertad y la dignidad, la innovación tecnológica solo será aceptable si refuerza la deliberación clínica y no si la empobrece.

X. PROPORCIONALIDAD: EL PUENTE ENTRE LA CLÍNICA Y EL DERECHO

La proporcionalidad permite traducir el razonamiento clínico al lenguaje de los derechos. El ingreso involuntario limita la libertad personal, afecta a la intimidad, interfiere en la autonomía y puede tener consecuencias biográficas importantes. Por eso no basta con que sea bienintencionado. Debe ser idóneo, necesario y proporcionado en sentido estricto.

La idoneidad pregunta si la medida sirve realmente para el fin perseguido. Ingresar a un paciente puede ser idóneo si permite contener una agitación psicótica, tratar una manía grave, proteger frente a un riesgo suicida inminente o impedir un abandono extremo de autocuidados. Pero no todo ingreso sirve para todo riesgo. Un ingreso breve puede no resolver una conflictiva social crónica, una dependencia de sustancias no motivada para tratamiento o una amenaza suicida contingente a problemas legales o laborales si la persona conserva capacidad y el riesgo puede abordarse mediante otras medidas. La idoneidad exige explicar qué se espera conseguir con la privación de libertad.

La necesidad pregunta si existen alternativas menos restrictivas razonables. Aquí se sitúan la observación en urgencias, la contención verbal, el tratamiento voluntario, la implicación familiar, el control de medios letales, la cita preferente, la coordinación con atención primaria o salud mental comunitaria, el seguimiento intensivo, la intervención social o la derivación médica si hay organicidad. No se exige agotar opciones inútiles ni asumir riesgos desproporcionados, pero sí valorar seriamente si la finalidad protectora puede alcanzarse sin ingresar contra la voluntad. La observación exige aclarar si la persona acepta permanecer en el servicio. Cuando se le impide salir, se registrará el inicio efectivo de la restricción y se activarán las garantías que correspondan.

La proporcionalidad estricta obliga a ponderar el beneficio clínico esperado frente al coste de restringir derechos fundamentales. Este punto se olvida con facilidad en la práctica. El ingreso involuntario puede proteger, pero también puede traumatizar, deteriorar la alianza terapéutica, aumentar la desconfianza, provocar vivencias de humillación, interferir en responsabilidades familiares o laborales y consolidar una relación defensiva con los servicios de salud mental. Estos costes no impiden ingresar cuando es necesario, pero obligan a justificar que el beneficio esperado los supera.

El control judicial ofrece a la persona ingresada la posibilidad de ser oída y de que se examine la necesidad de la medida desde fuera del equipo asistencial[27]. El parte al juzgado debería permitir entender por qué se actuó en ese momento y qué alternativas se habían valorado.

Desde esta perspectiva, la proporcionalidad no es un adorno jurídico. Es una herramienta clínica. Obliga a preguntarse: ¿qué daño intento evitar?, ¿por qué creo que el ingreso lo reduce?, ¿qué otras opciones he considerado?, ¿por qué no bastan?, ¿qué daño puede causar el ingreso?, ¿por qué, pese a ello, es la opción menos mala? Cuando esas preguntas se responden de manera explícita, el ingreso involuntario deja de ser una reacción defensiva y se convierte en una medida terapéutica justificada. Cuando no se responden, la decisión queda expuesta a dos críticas opuestas: haber ingresado por miedo o haber dado el alta sin razonar.

XI. APOYOS, FAMILIA Y ALTERNATIVAS MENOS RESTRICTIVAS

La familia ocupa un lugar complejo en estas decisiones. A veces aporta información decisiva: cambios de conducta, acceso a medios, consumo, amenazas, abandono de autocuidados, fluctuaciones del estado mental o antecedentes que el paciente no refiere. Otras veces aporta presión, miedo o una demanda de seguridad que ningún dispositivo puede garantizar por completo. Escuchar a la familia no significa delegar en ella la indicación de ingreso.

27 STC 141/2012, FJ 6. Véase el apartado IV de este trabajo.

DS

Ignorarla tampoco es prudente. La información familiar debe integrarse en la formulación del riesgo, pero la decisión clínica sigue requiriendo capacidad, juicio de realidad, riesgo y proporcionalidad.

Las alternativas menos restrictivas no son un trámite para rellenar el informe. Son el corazón práctico de la proporcionalidad. Antes de limitar la libertad hay que preguntarse si existe una forma razonable de proteger sin ingresar contra la voluntad: observación durante unas horas, reevaluación tras resolver una intoxicación, ajuste farmacológico voluntario, retirada de medios letales, acompañamiento familiar temporal, llamada al equipo de referencia, cita preferente, coordinación con atención primaria, intervención social o plan de seguridad. Estas medidas no siempre bastan. Pero cuando bastan, desplazan la indicación de ingreso involuntario.

Conviene precisar qué significa "bastar". No significa eliminar el riesgo. En psiquiatría, exigir eliminación completa del riesgo llevaría a una lógica de custodia indefinida. Bastar significa que, con la información disponible, la combinación de capacidad conservada, factores protectores, colaboración mínima, control de medios, apoyo y seguimiento permite una intervención razonable sin privación de libertad. En cambio, si el paciente está desorganizado, no aprecia el riesgo, rechaza toda ayuda desde una vivencia delirante, mantiene acceso inmediato a medios letales y no existe soporte fiable, las alternativas pueden ser insuficientes.

La familia no puede convertirse en sustituto informal de una indicación clínica. Tampoco puede ser utilizada para externalizar un riesgo que el sistema debería contener. Si se da el alta con apoyo familiar, hay que comprobar que ese apoyo existe, que entiende el plan, que puede asumir razonablemente la supervisión y que sabe cuándo reconsultar. Si la familia no puede, no quiere o no resulta fiable, ese dato debe incorporarse a la decisión. La frase "alta con familia" es pobre si no se explica qué función concreta va a cumplir la familia.

El modelo de apoyos introducido por la Convención sobre derechos de las personas con discapacidad y por la reforma civil española invita a pensar antes en soporte que en sustitución. En el ámbito urgente, ese ideal tiene límites evidentes: no siempre hay tiempo, recursos o colaboración suficiente. Pero el principio conserva valor: antes de decidir por la persona, debe intentarse ayudarla a decidir, siempre que el riesgo y el estado mental lo permitan. Informar mejor, reducir la activación emocional, esperar a que ceda una intoxicación, permitir la presencia de un familiar de confianza o reformular el plan terapéutico pueden restaurar capacidad suficiente.

Esta idea tiene una utilidad docente importante. El residente debe aprender a justificar qué hace necesario el ingreso, cómo afecta el trastorno a la decisión y qué alternativas se han considerado. Del mismo modo, debe aprender que un alta prudente no es una retirada asistencial, sino una intervención organizada: tratamiento, seguridad, apoyos, seguimiento y puerta abierta de reconsulta.

XII. MENORES, APOYOS FORMALES Y SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

El marco anterior debe aplicarse con especial prudencia en menores de edad, personas con discapacidad, deterioro cognitivo, medidas de apoyo ya constituidas o situaciones de alta dependencia social. En estos contextos aumenta el riesgo de decidir por categorías: "menor", "incapaz", "dependiente", "discapacitado", "sin apoyo familiar". Sin embargo, el razonamiento de fondo no cambia: la pregunta sigue siendo qué capacidad funcional existe para la decisión concreta, qué apoyos pueden permitir ejercerla y qué riesgo actual justifica, o no, una medida restrictiva.

En el menor de edad, la intervención sanitaria se apoya en reglas propias de representación, madurez y protección del interés superior, pero eso no autoriza a ignorar su voz. El artículo 9 de la Ley 41/2002 reconoce, como regla, el consentimiento propio del menor emancipado o con dieciséis años cumplidos que pueda comprender el alcance de la intervención. En una actuación de grave riesgo para su vida o salud, según criterio facultativo, consentirá su representante legal tras oír y tener en cuenta al menor. Para el internamiento no voluntario, el artículo 763 LEC exige control judicial aun cuando exista patria potestad. El menor debe ingresar en un establecimiento adecuado a su edad, con informe previo de los servicios de asistencia al menor[28]. En psiquiatría, este punto es especialmente relevante: un adolescente puede rechazar un ingreso por miedo, vergüenza o presión familiar; puede hacerlo también desde una depresión grave, una psicosis, una intoxicación o una conducta suicida impulsiva. La tarea clínica consiste en escuchar, evaluar madurez y capacidad, integrar a los progenitores o representantes y evitar tanto la coacción innecesaria como la falsa neutralidad ante un riesgo grave.

En personas adultas con medidas de apoyo, la reforma civil de 2021 obliga a abandonar inercias de

28 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, art. 9.3 y 4, en la redacción dada por la disposición final segunda de la Ley 26/2015, de 28 de julio. Para el internamiento, art. 763.1 y 2 LEC.

DS

sustitución automática. Que exista curatela, guarda de hecho o apoyo familiar intenso no significa que toda decisión sanitaria deba ser tomada por otro. La persona debe participar en la medida de lo posible, con los apoyos necesarios y respetando su trayectoria vital, preferencias y valores. Las funciones representativas son excepcionales y deben ejercerse dentro de su ámbito específico. La existencia de una curatela no autoriza por sí sola la privación de libertad.

También hay que ser cuidadoso con la vulnerabilidad social. La soledad, la pobreza, la falta de vivienda, la conflictividad familiar o la ausencia de recursos comunitarios incrementan el riesgo y dificultan el alta, pero no constituyen por sí mismas enfermedad que capture la decisión. En ocasiones harán necesario activar recursos sociales, coordinación comunitaria o un ingreso voluntario si la persona lo acepta. En otras, si se asocian a una descompensación grave con incapacidad y riesgo actual, podrán reforzar la necesidad de ingreso involuntario. Lo que no deberían hacer es transformar el hospital en depósito de problemas sociales que el sistema no sabe resolver de otro modo.

El punto común es la individualización. Las personas vulnerables necesitan más protección, no menos garantías. Y una garantía esencial consiste en no presumir incapacidad por pertenecer a un grupo, sino demostrar qué función decisoria está afectada, qué apoyos se han intentado y por qué la medida elegida es proporcional.

XIII. TRES SITUACIONES LÍMITE QUE CONVIENE NO CONFUNDIR

Los tres escenarios clínicos ilustrativos que siguen permiten examinar por separado el diagnóstico, el riesgo y la capacidad. Se han construido con fines docentes.

Primera situación: diagnóstico sin incapacidad. Una persona con esquizofrenia crónica presenta síntomas residuales, cierta suspicacia y antecedentes de ingresos. Acude acompañada por su familia, que solicita ingreso por temor a una recaída. En la entrevista está orientada, mantiene conducta organizada, comprende la información, acepta tratamiento y seguimiento, y no presenta riesgo grave actual. Puede haber enfermedad mental, incluso preocupación familiar razonable, pero no necesariamente base para limitar la libertad. Ingresar contra su voluntad solo por el diagnóstico supondría confundir trastorno mental con incapacidad.

Segunda situación: riesgo sin coercibilidad. Una persona con depresión de larga evolución refiere cansancio vital, sentimientos de carga y episodios de ideación pasiva. Ha tenido una conducta autolesiva reciente, pero posteriormente pidió ayuda, realiza crítica del acto, niega intención actual, acepta tratamiento, permite implicar a la familia y existe posibilidad real de supervisión y seguimiento. El riesgo no desaparece. De hecho, debe formularse y abordarse. Pero si el juicio de realidad y la capacidad están conservados, y las medidas menos restrictivas son razonables, el ingreso involuntario puede resultar desproporcionado. El alta, en ese contexto, no equivale a banalizar el riesgo; equivale a tratarlo sin sustituir indebidamente la voluntad.

Tercera situación: enfermedad que captura la decisión. Una persona con episodio depresivo grave y delirio de culpa rechaza el ingreso porque afirma merecer morir y considera que cualquier ayuda sería una injusticia. Otra, en plena manía, niega enfermedad, se muestra invulnerable, rechaza tratamiento y mantiene conductas de alto riesgo. Otra, con psicosis aguda, obedece voces imperativas o interpreta el hospital como parte de una persecución. En cada caso hay que explorar cómo influye el síntoma en el rechazo y qué apoyos pueden ayudar a decidir. En la depresión delirante, por ejemplo, importa saber si la convicción de merecer la muerte impide apreciar una posibilidad de mejoría. Si se propone un ingreso involuntario, deben concretarse los hechos, el daño previsible, las opciones voluntarias intentadas y el fundamento legal expuesto en el apartado VI.

Estas escenas permiten evitar dos simplificaciones. La primera consiste en decir: “hay riesgo, luego hay ingreso”. La segunda consiste en decir: “hay negativa, luego hay autonomía”. Ninguna de las dos es suficiente. La práctica exige un razonamiento más fino: determinar si la persona puede decidir, si el riesgo es actual y grave, y si la intervención contra la voluntad supera el juicio de proporcionalidad.

XIV. LA HISTORIA CLÍNICA EXPLICATIVA

La historia clínica debe permitir que quien atienda después al paciente entienda qué decisión se tomó y con qué información. Dos ejemplos ilustran la diferencia.

Alta con riesgo residual. Tras una autolesión, la paciente refiere que las ideas de muerte reaparecen por la noche. Explica qué haría si vuelven a intensificarse y acepta que su hermana la acompañe esa noche. Con su consentimiento, se confirma con la

hermana la retirada de la medicación acumulada y se acuerdan el contacto de seguimiento y los motivos para volver a urgencias. Son estos hechos los que permiten valorar si el riesgo puede abordarse en casa.

Ingreso involuntario urgente. Un paciente con un delirio de persecución ha intentado saltar desde una ventana para escapar de quienes cree que le persiguen. Persiste en ese propósito y entiende el ingreso como parte de la amenaza. La historia debe recoger sus palabras, cómo se le explicó la propuesta, qué apoyo se ofreció y por qué fracasaron los intentos de obtener su consentimiento y de acordar una alternativa voluntaria. Si se invoca urgencia vital, se identificarán el peligro inminente para la vida o la integridad y los hechos que exigen actuar de inmediato. Deben constar la información facilitada sobre sus derechos, la consulta de la voluntad anticipada cuando proceda, las horas de inicio de la restricción y de comunicación al tribunal, y el plan de reevaluación.

XV. UNA PROPUESTA PRÁCTICA PARA URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

Estas seis preguntas sirven como guía docente para la guardia. Su uso como instrumento de decisión requeriría validación específica.

1. ¿Qué ocurre ahora? Describir el cambio respecto al estado habitual, la conducta observada y los posibles factores médicos o tóxicos.

2. ¿Cómo interpreta la persona lo que está ocurriendo? Recoger un ejemplo de cómo esa interpretación influye en lo que acepta o rechaza.

3. ¿Puede decidir sobre el ingreso? Pedirle que explique las opciones con sus palabras. Si encuentra dificultades, ofrecer apoyos y comprobar qué cambia.

4. ¿Qué daño se prevé y en qué plazo? Identificar el mecanismo, el acceso a medios y los factores que aumentan o reducen el riesgo en las próximas horas.

5. ¿Qué alternativa menos restrictiva es viable hoy? Comprobar con quién cuenta la persona, qué ayuda acepta y cuándo estará disponible.

6. ¿Qué decisión resulta proporcionada? Justificar el alta, la observación o el ingreso, y fijar cuándo se revisará. En el ingreso involuntario, identificar el supuesto legal y activar las garantías del artículo 763 LEC. Si se plantea por razón de discapacidad, atender a los artículos 13 bis.3.a y 2.s en los términos expuestos en el apartado VI..

XVI. ERRORES FRECUENTES EN LA DECISIÓN Y EN LA DOCUMENTACIÓN

Ingresar por diagnóstico o por presión. Un antecedente de psicosis justifica preguntar qué ha cambiado. La alarma de la familia merece la misma atención: pedir que describa el episodio presenciado y contrastarlo con la exploración actual. Ese relato puede aportar un dato decisivo que el equipo desconocía.

Dar el alta por una negación o por una puntuación. «Niega ideación autolítica» recoge lo que la persona refiere en ese momento. Si horas antes realizó preparativos, la discrepancia requiere explicación. Una puntuación baja tampoco resuelve si podrá pedir ayuda o si al volver a casa seguirá teniendo acceso al medio que pensaba emplear.

Confundir sufrimiento, conformidad y capacidad. Un rechazo expresado con angustia puede estar bien razonado. También cabe que un paciente tranquilo acepte un plan que apenas ha comprendido. Pedirle que explique qué espera que ocurra con cada opción permite distinguir ambas situaciones.

Observar sin fijar una nueva valoración. Si la intoxicación, el dolor o la agitación dificultan la entrevista, registrar qué se espera aclarar, cuándo se volverá a explorar al paciente y si acepta permanecer en el servicio. Esa anotación permite al equipo del siguiente turno retomar la decisión pendiente..

XVII. CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y COMUNICACIÓN DEL RIESGO

La decisión no termina en el alta ni en el ingreso. En ambos casos, la calidad asistencial depende de la continuidad. El alta de un paciente con sufrimiento psíquico relevante debe entenderse como una transición de cuidados, no como cierre del problema. Si ha existido conducta autolítica, ideación suicida, agitación, consumo, síntomas psicóticos atenuados o conflicto familiar intenso, el informe debe indicar qué se espera que ocurra después: quién revisará al paciente, en qué plazo, con qué tratamiento, con qué signos de alarma y con qué apoyos.

La comunicación del riesgo requiere una precisión particular. Informar no significa asustar, pero tampoco tranquilizar de forma falsa. Al paciente puede decírsele que no se le ingresa porque en este momento conserva capacidad y existen medidas razonables fuera del hospital, no porque “no pase nada”. Esa formulación es más honesta y suele ser clínicamente más útil. Reconoce el sufrimiento,

mantiene la alianza y evita que el alta sea vivida como desinterés.

Con la familia sucede algo parecido. Cuando el paciente consiente la comunicación, o cuando existe un deber de protección que justifica compartir información mínima necesaria, conviene explicar con claridad cuál es su papel. No se trata de convertir a los familiares en vigilantes permanentes, sino de pedir actuaciones concretas y proporcionadas: acompañamiento temporal, control de medicación acumulada, retirada de objetos o sustancias de especial riesgo, observación de cambios bruscos y reconsulta si aparecen señales definidas. Una indicación genérica de "vigilar" puede aumentar la angustia sin mejorar la seguridad.

El plan de seguridad debe ser realista. No todos los pacientes aceptan psicoterapia, no todos acudirán al centro de salud mental, no todos tienen una familia disponible y no todos confían en el sistema. La obligación clínica es construir el mejor plan posible con los recursos reales, no con los ideales. A veces será un seguimiento por atención primaria, una llamada, una revisión breve, una pauta farmacológica inicial, una retirada de medios o un acuerdo mínimo de reconsulta. La perfección del plan no es el estándar; el estándar es que sea razonable, explícito y proporcionado al riesgo formulado. Tras una autolesión conviene acordar con la persona las señales de alarma, las estrategias que puede utilizar, cómo reducir el acceso a medios y a quién recurrir si empeora. En urgencias, el plan de seguridad con seguimiento telefónico se ha asociado con menos conductas suicidas durante los seis meses siguientes en una cohorte de adultos atendidos en centros estadounidenses para veteranos que recibieron el alta de urgencias[29]. El ensayo ED-SAFE 2 registró en adultos dados de alta una menor frecuencia del desenlace combinado de muerte por suicidio o atención aguda relacionada con el suicidio en los seis meses siguientes durante la fase de mantenimiento del programa, comparada con la fase basal[30].

También importa evitar promesas imposibles. No puede garantizarse que un paciente no vuelva a autolesionarse, ni que el ingreso elimine el riesgo, ni que el alta sea inocua. Lo que sí puede garantizarse es que se ha evaluado el estado mental, la capacidad, el mecanismo de riesgo y las alternativas disponibles, y que se ha ofrecido una respuesta proporcionada. Esta distinción debería formar parte de la cultura clínica y jurídica: la seguridad absoluta no existe; la diligencia razonable sí.

En el ingreso involuntario, la continuidad tiene otra forma. No basta con ingresar y comunicar al juzgado. Debe revisarse diariamente si persisten los motivos que justificaron la medida, facilitar información comprensible al paciente, promover su participación en el tratamiento en cuanto sea posible y transformar la intervención coercitiva inicial en una relación terapéutica. El ingreso involuntario no debería prolongarse por inercia cuando el riesgo grave se ha reducido, la capacidad se ha recuperado o aparecen alternativas menos restrictivas.

La comunicación escrita al médico de atención primaria o al equipo comunitario es especialmente relevante tras una conducta autolítica. Las recomendaciones NICE insisten en que antes del alta debe existir valoración psicosocial, planificación posterior y comunicación clara con los recursos implicados. En el contexto español, donde la presión sobre urgencias y salud mental comunitaria es elevada, esta coordinación puede ser imperfecta, pero no por ello prescindible. Una buena decisión pierde calidad si no se transmite adecuadamente. Si persisten problemas de seguridad tras una autolesión, NICE recomienda iniciar la atención de seguimiento dentro de las 48 horas siguientes a la evaluación psicosocial (NG225, recomendación 1.10.2). Antes del alta conviene acordar quién realizará el contacto y comprobar cómo podrá acceder la persona a esa atención.

En definitiva, la pregunta final no debería ser solo "¿alta o ingreso?". Debería ser: "¿qué intervención proporcional dejo activada a partir de ahora?". Esa pregunta desplaza la lógica binaria y mejora la práctica. Hay altas muy cuidadas e ingresos mal justificados; hay ingresos necesarios y altas imprudentes. Lo que diferencia unas decisiones de otras no es el sentido final de la medida, sino la solidez del razonamiento y la continuidad real del cuidado.

XVIII. CONCLUSIONES

El internamiento psiquiátrico involuntario no debería ser una respuesta al miedo, ni una forma de cubrir la incertidumbre, ni una delegación de problemas sociales en el hospital. El artículo 763 LEC exige justificar cómo afecta el trastorno a la decisión

29 STANLEY, B. et al. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. JAMA Psychiatry, 75(9), 894–900. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776.

30 BOUDREAUX, E. D. et al. (2023). Effect of an Emergency Department Process Improvement Package on Suicide Prevention: The ED-SAFE 2 Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry, 80(7), 665–674. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.1304.

DS

sobre el ingreso y observar el control judicial previsto. El daño previsible y las alternativas disponibles orientan el juicio de necesidad y proporcionalidad. Cuando se invoque la urgencia vital, la justificación debe atender tanto a la formulación del artículo 13 bis.3.a como a la definición del artículo 2.s del Real Decreto Legislativo 1/2013..

Tampoco el respeto a la autonomía puede convertirse en abandono. Cuando la enfermedad captura la decisión, proteger puede exigir intervenir contra la voluntad. El problema no está en ingresar o no ingresar, sino en hacerlo sin un razonamiento suficiente. La mala práctica puede adoptar dos formas simétricas: custodiar a quien conserva capacidad o abandonar a quien la ha perdido.

La clave no está en predecir lo impredecible, sino en razonar lo que se decide. La prevención del suicidio, la valoración de capacidad y el ingreso involuntario no pueden apoyarse en frases rituales ni en escalas usadas como coartada. Exigen evaluación clínica individualizada, formulación del riesgo, proporcionalidad, continuidad asistencial y documentación explicativa.

Ingresar mejor, no ingresar por miedo. Proteger sin custodiar. Respetar sin abandonar. Esas fórmulas solo tienen sentido si se traducen en una práctica concreta: escuchar al paciente, evaluar su capacidad, identificar cuándo la enfermedad ha capturado la decisión, activar recursos proporcionados y dejar constancia clara de por qué la opción adoptada era la más razonable en ese momento.

XIX. BIBLIOGRAFÍA

APPELBAUM, P. S. y GRISSO, T. (1988): «Assessing patients' capacities to consent to treatment». *The New England Journal of Medicine*. 319(25), 1635-1638.

BOUDREAUX, E. D. et al. (2023). Effect of an Emergency Department Process Improvement Package on Suicide Prevention: The ED-SAFE 2 Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry, 80(7), 665–674. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.1304.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2014). Observación general n.º 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley. CRPD/C/GC/1.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2019): *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España* (CRPD/C/ESP/CO/2-3). Ginebra. Naciones Unidas.

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS (1982). Reglamento del Congreso de los Diputados, de 10 de febrero, artículo 207.

CONSEJO DE EUROPA (1997): *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina*. Oviedo.

DEISENHAMMER, E. A.; ING, C. M.; STRAUSS, R.; KEMMLER, G.; HINTERHUBER, H. y WEISS, E. M. (2009): «The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt?». *The Journal of Clinical Psychiatry*. 70(1), 19-24.

ESPAÑA (2000): *Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil*. Boletín Oficial del Estado, núm. 7, de 8 de enero de 2000.

ESPAÑA (2002): *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

ESPAÑA (2013). Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Artículos 2.s y 13 bis, en la redacción de la Ley 4/2026.

ESPAÑA (2015): Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 175, de 23 de julio de 2015.

ESPAÑA (2021): *Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica*. Boletín Oficial del Estado, núm. 132, de 3 de junio de 2021.

ESPAÑA (2026). Ley 4/2026, de 1 de octubre, por la que se modifican el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, para la extensión y refuerzo de los derechos de las personas con discapacidad a la inclusión, la autonomía y la accesibilidad universal conforme al artículo 49 de la Constitución Española. BOE de 3 de octubre, BOE-A-2026-20528.

ESPAÑA (2026). Real Decreto 806/2026, de 5 de octubre, de disolución del Congreso de los Diputados y del Senado y de convocatoria de elecciones. BOE de 6 de octubre, BOE-A-2026-20742.

GRISSO, T. y APPELBAUM, P. S. (1998): *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. New York. Oxford University Press.

GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA (2026): *Proposición de Ley Orgánica por la que se reforma la tramitación de los internamientos involuntarios del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil* (122/000279). Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, Serie B, núm. 328-1, de 4 de mayo de 2026.

MINISTERIO DE SANIDAD (2026). Consulta pública previa sobre el desarrollo reglamentario del artículo 13 bis del texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Octubre de 2026. https://www.sanidad.gob.es/normativa/docs/2026.10.21_CPP_desarrollo_13_bis_Ley_discapacidad.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD (2026). Documento de preguntas y respuestas sobre el nuevo artículo 13 bis de la Ley General de Derechos de Personas con Discapacidad. Octubre de 2026, preguntas 1, 2 y 6. https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6992

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2022): *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE guideline NG225*. London. NICE.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2006): *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Nueva York.

OWEN, G. S., RICHARDSON, G., DAVID, A. S., SZMUKLER, G., HAYWARD, P. y HOTOPF, M. (2008). Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. BMJ, 337, a448. doi:10.1136/bmj.39580.546597.BE.

STANLEY, B. et al. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. JAMA Psychiatry, 75(9), 894–900. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (2010): Sentencia 132/2010, de 2 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, núm. 4, de 5 de enero de 2011.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (2012): Sentencia 141/2012, de 2 de julio. Boletín Oficial del Estado, núm. 181, de 30 de julio de 2012.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (2015): Sentencia 182/2015, de 7 de septiembre. Boletín Oficial del Estado, núm. 245, de 13 de octubre de 2015.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (2026). Sentencia 56/2026, de 20 de julio. BOE de 17 de agosto, BOE-A-2026-17881.

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (1979): *Winterwerp c. Países Bajos*, demanda núm. 6301/73, sentencia de 24 de octubre de 1979.

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (2000). Varbanov c. Bulgaria, demanda 31365/96, sentencia de 5 de octubre.

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (2003): *Rakevich c. Rusia*, demanda núm. 58973/00, sentencia de 28 de octubre de 2003.

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (2012): *X c. Finlandia*, demanda núm. 34806/04, sentencia de 3 de julio de 2012.

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS (2019). Fernandes de Oliveira c. Portugal, Gran Sala, demanda 78103/14, sentencia de 31 de enero.

UNIÓN EUROPEA (2024): Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial. Diario Oficial de la Unión Europea, L 2024/1689, de 12 de julio de 2024.

UNIÓN EUROPEA (2026). Reglamento (UE) 2026/1744, de 8 de julio, por el que se modifican los Reglamentos (UE) 2024/1689, (UE) 2018/1139 y (UE) 2023/1230 en lo que respecta a la simplificación de la aplicación de normas armonizadas en materia de inteligencia artificial. DOUE de 24 de julio.

NI MAGIA NI AMENAZA: LA GOBERNANZA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL DESDE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Félix
Rubial Bernárdez

Director Gerente
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Servicio Cántabro de Salud

SUMARIO

I. EI. Introducción: entre la fascinación y el temor. II. La falsa dicotomía entre los "boomers" y los "doomers". III. La inteligencia artificial ya está dentro del hospital. IV. La gobernanza como verdadero desafío. V. Siete principios para gobernar la inteligencia artificial en las organizaciones sanitarias. VI. Los riesgos que casi nadie menciona. VII. Hacia una cultura organizativa preparada para la IA. VIII. Conclusiones. IX. Bibliografía.

RESUMEN

La inteligencia artificial se ha convertido en uno de los fenómenos más transformadores de la historia reciente de la sanidad. Sin embargo, el debate público oscila frecuentemente entre dos posiciones extremas: quienes la consideran una solución casi mágica para los problemas del sistema sanitario y quienes la perciben como una amenaza capaz de erosionar la práctica clínica, la autonomía profesional o incluso la propia condición humana.

Este artículo propone una aproximación alternativa desde la perspectiva de la gestión hospitalaria. La cuestión central ya no es si la inteligencia artificial debe incorporarse a las organizaciones sanitarias, sino cómo debe gobernarse. Se plantea que el verdadero reto es organizativo, ético y directivo, y se propone un marco de reflexión basado en principios de gobernanza, responsabilidad, transparencia, equidad y prudencia adaptativa.

PALABRAS CLAVE

Inteligencia artificial; gobernanza; gestión hospitalaria; innovación; equidad algorítmica.

ABSTRACT

Artificial intelligence has become one of the most transformative phenomena in the recent history of healthcare. However, public debate often oscillates between two extreme positions: those who regard it as an almost magical solution to the problems facing healthcare systems, and those who perceive it as a threat capable of undermining clinical practice, professional autonomy, or even the human condition itself.

This article proposes an alternative perspective from the standpoint of hospital management. The central question is no longer whether artificial intelligence should be incorporated into healthcare organizations, but rather how it should be governed. We argue that the real challenge is organizational, ethical, and managerial in nature, and we propose a framework for reflection grounded in the principles of governance, accountability, transparency, equity, and adaptive prudence.

KEYWORDS

Artificial intelligence; governance; hospital management; innovation; algorithmic equity.

I. INTRODUCCIÓN: ENTRE LA FASCINACIÓN Y EL TEMOR

La pasada semana, un algoritmo de apoyo al diagnóstico por imagen identificó en nuestro hospital un nódulo pulmonar que había pasado desapercibido durante la primera lectura humana. El paciente ya se encuentra en estudio. La noticia no ocupó titulares ni abrió informativos. Sin embargo, resume mejor que cualquier informe el momento histórico que estamos viviendo.

La inteligencia artificial ha dejado de ser una promesa de futuro para convertirse en una realidad cotidiana. Ya está presente en los servicios de radiología, en la predicción de riesgos clínicos, en la optimización de agendas, en la documentación clínica y en los sistemas de apoyo a la toma de decisiones. La cuestión relevante ya no es cuándo llegará. Ha llegado.

Sin embargo, el debate público sobre inteligencia artificial sigue dominado por posiciones extremas. Para algunos representa una solución capaz de resolver buena parte de los problemas estructurales de los sistemas sanitarios. Para otros constituye una amenaza que pone en riesgo la autonomía profesional, la privacidad, la equidad o incluso la propia esencia de la relación clínica.

Ambas posiciones comparten un mismo error; y es que desplazan el foco desde la gobernanza hacia la tecnología. Y al hacerlo, eluden las preguntas más relevantes: ¿quién decide?, ¿quién supervisa?, ¿quién responde?

Este artículo no pretende ofrecer respuestas definitivas, sino plantear las preguntas que toda organización sanitaria debería hacerse antes de incorporar (o mientras incorpora) sistemas de inteligencia artificial. Se dirige especialmente a quienes ejercen funciones directivas, clínicas o de gestión, partiendo de una premisa sencilla, como es que la tecnología no transforma por sí sola. Lo que transforma es la forma en que las organizaciones la gobiernan.

II. LA FALSA DICOTOMÍA: ENTRE LOS "BOOMERS" Y LOS "DOOMERS"

La conversación contemporánea sobre inteligencia artificial parece haberse instalado en una curiosa polarización que dificulta el debate sereno y la toma de decisiones fundamentadas.

Por una parte, encontramos a los entusiastas acríticos (a veces denominados *boomers* en la jerga tecnológica), convencidos de que la inteligencia artificial permitirá resolver problemas tan diversos como las listas de espera, la escasez de profesionales, la sostenibilidad financiera o la variabilidad clínica. Para ellos, la tecnología aparece como una especie de solución universal, casi mágica, capaz de obviar las complejidades organizativas, culturales y políticas que subyacen a los problemas sanitarios.

Por otra, los denominados "doomers" o catastrofistas, que anticipan escenarios de sustitución masiva de profesionales, pérdida de control humano, discriminación algorítmica, erosión de derechos fundamentales o incluso riesgos existenciales para la humanidad. Su narrativa, aunque a menudo bienintencionada, puede generar parálisis institucional y rechazo preventivo hacia innovaciones potencialmente beneficiosas.

La historia de la innovación sanitaria aconseja prudencia frente a ambas posiciones. Ni la historia clínica electrónica resolvió por sí sola los problemas de coordinación asistencial, ni la telemedicina sustituyó la atención presencial, ni la medicina personalizada eliminó la incertidumbre clínica. Del mismo modo, la inteligencia artificial no será la panacea que algunos anuncian, pero tampoco la distopía que otros temen.

La tecnología rara vez transforma las organizaciones por sí misma. Lo que transforma las organizaciones es la forma en que estas incorporan, regulan y gobiernan la tecnología. Esta es la lección central que debería guiar cualquier estrategia institucional en materia de inteligencia artificial.

La polarización del debate tiene, además, un efecto perverso, y es que distrae la atención de las cuestiones verdaderamente relevantes. Mientras discutimos si la IA es salvación o amenaza, postergamos las decisiones sobre estructuras de gobernanza, mecanismos de supervisión, criterios de validación, formación de profesionales y participación de pacientes.

III. LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL YA ESTÁ DENTRO DEL HOSPITAL

Existe una tendencia frecuente a hablar de inteligencia artificial en términos futuristas, como si se tratara de algo que llegará algún día y para lo que conviene prepararse. Sin embargo, la realidad es mucho más prosaica y urgente.

La inteligencia artificial ya participa en múltiples ámbitos de la actividad hospitalaria. He aquí algunos ejemplos:

1) Apoyo diagnóstico en imagen médica

Los algoritmos de visión artificial ayudan a identificar hallazgos radiológicos, clasificar lesiones, detectar anomalías sutiles y priorizar estudios urgentes. En radiología, dermatología, oftalmología y anatomía patológica, estas herramientas están dejando de ser experimentales para integrarse en los flujos de trabajo habituales.

2) Predicción y estratificación del riesgo

Modelos predictivos permiten identificar pacientes con mayor probabilidad de deterioro clínico, reingreso hospitalario, eventos adversos o progresión de enfermedades crónicas. Estos sistemas pueden orientar intervenciones preventivas o anticipatorias y optimizar la asignación de recursos.

3) Optimización operativa

La IA contribuye a mejorar la programación de quirófanos, la gestión de camas, la logística de suministros, la predicción de demanda en urgencias y la planificación de agendas ambulatorias. En contextos de recursos limitados, estas aplicaciones pueden generar ganancias de eficiencia significativas.

4) Documentación clínica y procesamiento del lenguaje natural

Los modelos de lenguaje comienzan a incorporarse a la transcripción automática de consultas, la generación de informes estructurados, la codificación diagnóstica y el análisis de grandes volúmenes de información clínica no estructurada. Estas aplicaciones prometen liberar tiempo clínico, aunque plantean interrogantes sobre precisión, responsabilidad y privacidad.

5) Apoyo a la toma de decisiones clínicas

Sistemas de recomendación sugieren opciones terapéuticas, alertan sobre interacciones farmacológicas, proponen ajustes de dosis o señalan discrepancias con guías de práctica clínica. Su utilidad depende críticamente de su integración en el flujo de trabajo y de la confianza que los profesionales depositen en ellos.

La pregunta ya no es si debemos incorporar inteligencia artificial. La verdadera pregunta es cómo hacerlo de forma segura, ética, equitativa y responsable. Y esta pregunta no puede responderse exclusivamente desde el ámbito tecnológico.

IV. LA GOBERNANZA COMO VERDADERO DESAFÍO

La inteligencia artificial no plantea únicamente cuestiones tecnológicas. Plantea, sobre todo, cuestiones de gobernanza.

- ¿Quién decide qué algoritmos se implantan y cuáles no?
- ¿Quién valida su funcionamiento antes y después del despliegue?
- ¿Quién supervisa sus resultados de forma continuada?
- ¿Quién responde cuando se producen errores o daños?
- ¿Quién determina cuándo un sistema debe retirarse, modificarse o recalibrarse?
- ¿Quién garantiza que los sistemas no perpetúan o amplifican sesgos preexistentes?
- ¿Quién informa a los pacientes y recaba su consentimiento cuando procede?

La literatura científica ha dedicado una enorme atención al rendimiento técnico de los algoritmos: sensibilidad, especificidad, área bajo la curva, validación externa. Sin embargo, existe mucho menos conocimiento sobre las estructuras organizativas necesarias para gobernarlos adecuadamente. Esta asimetría es preocupante.

La gestión hospitalaria se enfrenta a un desafío nuevo y sin precedentes. Durante décadas, las organizaciones sanitarias han desarrollado mecanismos sofisticados para gobernar medicamentos (comisiones de farmacia), tecnologías sanitarias (evaluación de tecnologías), procedimientos clínicos (comités de ética, comisiones de calidad) y recursos humanos. Ahora deben aprender a gobernar sistemas capaces de aprender, evolucionar y modificar su comportamiento en función de los datos que procesan.

Esta diferencia es fundamental. Un medicamento, una vez aprobado, mantiene sus propiedades farmacológicas. Un algoritmo de aprendizaje automático puede degradar su rendimiento si los datos de entrada cambian (*data drift*), si la población atendida evoluciona o si las condiciones del entorno se modifican. La gobernanza de la IA exige, por tanto, supervisión continuada, no solo evaluación inicial.

El Reglamento Europeo de Inteligencia Artificial (AI Act), vigente desde 2024, establece obligaciones específicas para los sistemas de IA de alto riesgo en el ámbito sanitario: documentación técnica, gestión de riesgos, supervisión humana, transparencia, precisión, robustez y ciberseguridad. Sin embargo, la norma ofrece un marco general que cada organización debe traducir en estructuras, procesos y responsabilidades concretas.

La gobernanza de la inteligencia artificial exige asumir que la innovación tecnológica no puede separarse de la responsabilidad institucional.

V. SIETE PRINCIPIOS PARA GOBERNAR LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

A continuación se propone un marco ampliado de principios orientadores para la incorporación responsable de la inteligencia artificial en entornos hospitalarios. No se trata de un catálogo cerrado ni de una guía de implantación, sino de un conjunto de criterios que pueden informar la reflexión estratégica y la toma de decisiones.

1. La inteligencia artificial debe responder a problemas reales

La primera pregunta no debería ser *qué algoritmo queremos implantar*, sino *qué problema pretendemos resolver.*

La innovación impulsada por la moda tecnológica, por la presión de proveedores o por el deseo de proyectar modernidad suele generar frustración, consumo innecesario de recursos y expectativas difíciles de satisfacer. Los casos de éxito más sólidos en sanidad comparten una característica común, y es que parten de necesidades clínicas u organizativas bien definidas y buscan soluciones tecnológicas adecuadas, no al revés.

Antes de incorporar cualquier sistema de IA, conviene preguntarse:

- ¿Qué problema concreto aborda?
- ¿Cómo se resuelve actualmente ese problema?
- ¿Qué evidencia existe sobre la eficacia de la solución propuesta en contextos similares?
- ¿Qué recursos requerirá su implantación, mantenimiento y supervisión?
- ¿Qué ocurrirá si el sistema falla o debe retirarse?

2. La responsabilidad debe seguir siendo humana

La inteligencia artificial puede apoyar decisiones, pero no sustituir la responsabilidad profesional.

Este principio tiene implicaciones prácticas directas. Los sistemas de IA en sanidad deben concebirse como herramientas de apoyo, no como decisores autónomos. El profesional sanitario debe conservar la capacidad de aceptar, rechazar o modificar las recomendaciones algorítmicas, y debe disponer de información suficiente para ejercer esa capacidad de forma fundamentada.

La responsabilidad final por las decisiones clínicas debe recaer en personas identificables, no en sistemas opacos. Esto implica que las organizaciones deben definir con claridad quién responde cuando un algoritmo contribuye a un error o a un daño.

La confianza social en las organizaciones sanitarias descansa sobre personas concretas (profesionales, equipos, directivos), no sobre algoritmos. Preservar esa confianza exige preservar la centralidad del juicio humano.

3. Transparencia y trazabilidad

Toda organización sanitaria debería conocer qué sistemas de IA utiliza, con qué finalidad, qué datos emplean, cómo se han validado y cómo se evalúan sus resultados.

La transparencia tiene múltiples dimensiones:

- Transparencia interna**:** los profesionales deben saber cuándo están interactuando con un sistema de IA, qué hace ese sistema y cuáles son sus limitaciones.

- Transparencia hacia los pacientes: cuando la IA participa en decisiones que les afectan, los pacientes tienen derecho a saberlo y, en su caso, a que se les explique el papel del algoritmo.

- Transparencia institucional: la organización debe mantener un inventario actualizado de los sistemas de IA desplegados, con documentación sobre su propósito, funcionamiento, validación y supervisión.

La trazabilidad implica que debe ser posible reconstruir cómo se tomó una decisión en la que

intervino un sistema de IA, qué datos se utilizaron y qué recomendación generó el algoritmo. Esta capacidad es fundamental para la auditoría, la mejora continua y la gestión de incidentes.

4. Supervisión multidisciplinar

La inteligencia artificial no puede quedar confinada a departamentos tecnológicos. Su evaluación, implantación y supervisión requieren la participación conjunta de múltiples perspectivas:

1) Clínicos: que entienden el contexto asistencial, las necesidades de los pacientes y las limitaciones de la práctica diaria.

2) Gestores: que pueden valorar el impacto organizativo, los recursos necesarios y la sostenibilidad.

3) Profesionales de sistemas de información: que conocen la infraestructura técnica, la integración con otros sistemas y los requisitos de seguridad.

4) Expertos en ética: que pueden identificar dilemas, riesgos de discriminación y cuestiones de consentimiento.

5) Juristas: que aseguran el cumplimiento normativo y la gestión de responsabilidades.

6) Representantes de pacientes: que aportan la perspectiva de quienes serán afectados por estas tecnologías.

La creación de comités o estructuras de gobernanza específicos para la IA (similares a los comités de ética o a las comisiones de farmacia) puede ser un mecanismo eficaz para institucionalizar esta supervisión multidisciplinar.

5. Equidad y vigilancia de sesgos

Los algoritmos de inteligencia artificial aprenden de datos históricos. Si esos datos reflejan desigualdades, sesgos o discriminaciones preexistentes, los modelos pueden perpetuarlos o incluso amplificarlos.

Existe evidencia documentada de algoritmos que infravaloran sistemáticamente el riesgo de determinados grupos de pacientes, que recomiendan tratamientos de forma desigual según características demográficas o que muestran peor rendimiento en poblaciones subrepresentadas en los datos de entrenamiento.

La gobernanza responsable de la IA exige:

- Evaluar el rendimiento de los algoritmos en diferentes subgrupos de población.
- Identificar y corregir sesgos cuando se detecten.
- Evitar la implantación de sistemas que no hayan sido validados en poblaciones representativas del contexto de uso.
- Incorporar la equidad como criterio explícito de evaluación, no solo la precisión global.

La IA puede ser una herramienta para reducir desigualdades en salud, pero también puede ser un mecanismo para perpetuarlas. La diferencia depende de cómo se gobierne.

6. Evaluación continua y aprendizaje organizativo

A diferencia de otras tecnologías, los sistemas de IA pueden modificar su comportamiento con el tiempo. Los modelos pueden degradarse (*model decay*), los datos de entrada pueden cambiar (*data drift*) y las condiciones del entorno pueden evolucionar.

Por ello, la evaluación de la IA no puede limitarse al momento de la implantación. Debe existir supervisión continua del rendimiento, con indicadores definidos, umbrales de alerta y mecanismos de respuesta cuando se detecten desviaciones.

Además, las organizaciones deben desarrollar capacidades de aprendizaje organizativo en torno a la IA:

- ¿Qué ha funcionado y qué no?
- ¿Qué problemas han surgido durante la implantación?
- ¿Cómo han respondido los profesionales?
- ¿Qué ajustes han sido necesarios?

Este aprendizaje debe documentarse y compartirse, tanto dentro de la organización como con la comunidad sanitaria más amplia.

7. Prudencia adaptativa

La prudencia no debe confundirse con inmovilismo. Tampoco la innovación debe confundirse con precipitación.

La prudencia adaptativa implica:

- Experimentar de forma controlada: comenzar con pilotos limitados, en contextos donde sea posible supervisar estrechamente los resultados.

- Aprender de la experiencia: recoger datos, analizar resultados, escuchar a los profesionales y a los pacientes.

- Corregir y ajustar: modificar los sistemas, los procesos o las expectativas cuando sea necesario.

- Escalar con cautela: ampliar el despliegue solo cuando exista evidencia suficiente de seguridad, eficacia y aceptabilidad.

- Reevaluar de forma permanente: asumir que la validación inicial no garantiza el funcionamiento futuro.

Esta aproximación iterativa y reflexiva es más compatible con la complejidad de las organizaciones sanitarias que los despliegues masivos o las prohibiciones categóricas.

VI. LOS RIESGOS QUE CASI NADIE MENCIONA

Existe una paradoja llamativa en el debate actual sobre inteligencia artificial en sanidad.

Buena parte de las discusiones se centran en el riesgo de que la inteligencia artificial sustituya a los profesionales sanitarios, automatizando tareas clínicas, desplazando competencias o erosionando la relación terapéutica.

Sin embargo, probablemente el mayor riesgo sea otro.

El verdadero peligro consiste en atribuir a la tecnología problemas que en realidad pertenecen al ámbito de la gobernanza, la organización o el liderazgo.

La inteligencia artificial no resolverá por sí sola la fragmentación asistencial. No resolverá la falta de interoperabilidad entre sistemas de información. No resolverá la ausencia de liderazgo clínico. No resolverá las debilidades estructurales de las organizaciones sanitarias. No resolverá la escasez de profesionales ni la inequidad en el acceso a los servicios.

En ocasiones existe el riesgo de utilizar la innovación tecnológica como sustituto de reformas organizativas más complejas pero también más necesarias. La IA puede convertirse en una coartada para evitar decisiones difíciles, una forma de postergar cambios estructurales o una excusa para no abordar problemas de cultura organizativa.

La historia demuestra que las organizaciones mal gobernadas siguen siendo organizaciones mal gobernadas incluso cuando incorporan tecnologías excelentes. La tecnología no corrige la mala gestión; a menudo la amplifica.

Existe también un riesgo de dependencia tecnológica que merece atención. Las organizaciones que externalizan excesivamente el desarrollo, la operación y el mantenimiento de sus sistemas de IA pueden perder capacidad de comprensión, supervisión y control. La gobernanza efectiva requiere competencia interna, no solo contratos con proveedores.

Finalmente, conviene señalar el riesgo de la fatiga de alertas y la erosión del juicio clínico. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones mal diseñados o mal calibrados pueden generar tal volumen de recomendaciones que los profesionales terminen ignorándolas sistemáticamente. Paradójicamente, el exceso de información automatizada puede degradar, en lugar de mejorar, la calidad de las decisiones.

VII. HACIA UNA CULTURA ORGANIZATIVA PREPARADA PARA LA IA

La incorporación responsable de la inteligencia artificial no es solo una cuestión de estructuras formales de gobernanza. Es también, y quizá sobre todo, una cuestión cultural. Y, por tanto, es preciso incidir también en este aspecto, a través de diferentes medidas:

1. Formación y alfabetización

Los profesionales sanitarios necesitan desarrollar competencias básicas para interactuar con sistemas de IA: comprender qué pueden y qué no pueden hacer, interpretar sus resultados con criterio, identificar sus limitaciones y mantener el juicio clínico frente a las recomendaciones algorítmicas.

Esto no significa que todos los clínicos deban convertirse en expertos en ciencia de datos. Pero sí implica que deben ser capaces de formular preguntas críticas: ¿en qué datos se basa esta recomendación? ¿Cómo de seguro es este resultado? ¿Qué margen de error tiene? ¿Se ha validado en pacientes como el mío?

La formación debe extenderse también a los gestores, que necesitan criterios para evaluar propuestas de implantación, y a los pacientes, que merecen información accesible sobre el papel de la IA en su atención.

2. Participación de los profesionales

La adopción de la IA será más exitosa si los profesionales se sienten partícipes de su diseño, implantación y evaluación, en lugar de receptores pasivos de decisiones tomadas en otro lugar.

Involucrar a los clínicos desde las fases iniciales permite identificar necesidades reales, anticipar barreras prácticas, ajustar los sistemas a los flujos de trabajo existentes y generar confianza. La imposición vertical de tecnologías, por bien intencionada que sea, suele encontrar resistencias que dificultan su adopción efectiva.

3. Tolerancia al error y aprendizaje

La innovación implica incertidumbre. No todos los proyectos de IA tendrán éxito. Algunos sistemas no cumplirán las expectativas, otros generarán problemas imprevistos, otros serán abandonados.

Las organizaciones que castigan el fracaso desalientan la experimentación. Las que lo ocultan pierden oportunidades de aprendizaje. Las que lo analizan con honestidad y sin búsqueda de culpables construyen capacidades para el futuro.

Una cultura organizativa preparada para la IA es aquella que tolera el error, aprende de él y lo utiliza para mejorar.

4. Liderazgo directivo

La gobernanza de la inteligencia artificial no puede delegarse exclusivamente en comités técnicos o en departamentos de sistemas de información. Requiere implicación directa de los órganos de dirección, que deben asumir la responsabilidad de las decisiones estratégicas y garantizar los recursos necesarios.

El liderazgo directivo debe expresarse en:

- Definición de una visión clara sobre el papel de la IA en la organización.
- Asignación de recursos para gobernanza, formación y supervisión.
- Creación de estructuras de toma de decisiones y rendición de cuentas.
- Comunicación transparente con profesionales, pacientes y sociedad.
- Modelado de una actitud de prudencia informada, ni entusiasmo acrítico ni rechazo preventivo.

VIII. CONCLUSIONES

La inteligencia artificial representa una de las mayores oportunidades de mejora para los sistemas sanitarios contemporáneos. Su capacidad para apoyar diagnósticos, optimizar procesos, analizar información compleja y generar conocimiento resulta indiscutible. Pero esa capacidad, por sí sola, no garantiza resultados beneficiosos.

La cuestión fundamental no es tecnológica. La cuestión fundamental es institucional. Las organizaciones sanitarias no deben preguntarse únicamente qué puede hacer la inteligencia artificial. Deben preguntarse cómo gobernarla; quién decide, quién supervisa, quién responde, cómo se garantiza la equidad, cómo se preserva la responsabilidad humana, cómo se aprende de los errores.

La experiencia demuestra que las innovaciones más transformadoras son aquellas que consiguen integrarse en organizaciones capaces de dirigirlas, supervisarlas y orientarlas hacia la creación de valor y no necesariamente las más sofisticadas.. La tecnología brillante en organizaciones mediocres produce resultados mediocres. La tecnología modesta en organizaciones bien gobernadas puede producir resultados excelentes.

La inteligencia artificial no es magia. Tampoco es una amenaza inevitable. Es una herramienta poderosa. Y como sucede con todas las herramientas poderosas, sus efectos dependerán menos de la sofisticación del algoritmo que de la calidad de la gobernanza que seamos capaces de construir a su alrededor.

El momento de construirla es ahora.

IX. BIBLIOGRAFÍA

CHAR, D.S.; SHAH, N.H.; MAGNUS, D. (2018): "Implementing Machine Learning in Health Care — Addressing Ethical Challenges". *New England Journal of Medicine*, 378(11), pp. 981-983.

EUROPEAN PARLIAMENT AND COUNCIL (2024): Regulation (EU) 2024/1689 laying down harmonised rules on artificial intelligence (Artificial Intelligence Act). *Official Journal of the European Union*.

GROTE, T.; BERENS, P. (2020): "On the ethics of algorithmic decision-making in healthcare". *Journal of Medical Ethics*, 46(3), pp. 205-211.

KAHNEMAN, D.; SIBONY, O.; SUNSTEIN, C.R. (2021): *Noise: A Flaw in Human Judgment*. London. William Collins.

KELLY, C.J.; KARTHIKESALINGAM, A.; SULEYMAN, M.; CORRADO, G.; KING, D. (2019): "Key challenges for delivering clinical impact with artificial intelligence". *BMC Medicine*, 17(1), 195.

MADDOX, T.M.; RUMSFELD, J.S.; PAYNE, P.R.O. (2019): "Questions for Artificial Intelligence in Health Care". *JAMA*, 321(1), pp. 31-32.

OBERMEYER, Z.; POWERS, B.; VOGELI, C.; MULLAINATHAN, S. (2019): "Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations". *Science*, 366(6464), pp. 447-453.

SENDAK, M.P.; GAO, M.; BRAJER, N.; BALU, S. (2020): "Presenting machine learning model information to clinical end users with model facts labels". *NPJ Digital Medicine*, 3(1), 41.

TOPOL, E.J. (2019): *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. New York. Basic Books.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2023): *Regulatory considerations on artificial intelligence for health*. Geneva. WHO.

LOS DERECHOS DE CONCILIACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO Y LA NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA: PROBLEMÁTICA DE SU APLICACIÓN EN EL SERMAS

Elena
Cámara Gamero

Subdirectora General de Seleccion y Provisión de Puestos
Direccion General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales
SERMAS

SUMARIO

I. Introducción. *1. Contexto SERMAS. 2. Diferencias por ámbito asistencial.*

II. Marco Normativo y Papel de la Mesa sectorial.

III. Problemas en su aplicación. *1. Permisos más conflictivos.*

IV. Nuevas medidas organizativas.

RESUMEN

Este articulo analiza la evolución de la conciliación hacia la corresponsabilidad buscando equilibrar derechos laborales y servicio público esencial y cuáles son los principales conflictos. La solución pasa no sólo por una adecuada planificación de las plantillas, sino que exige una flexibilidad organizativa a través de la negociación colectiva dentro del marco legal y la interpretación judicial. La conciliación en el SERMAS no puede abordarse solo como un derecho individual, requiere una organización flexible del sistema sanitario, donde la planificación de recursos y la negociación colectiva son esenciales para garantizar simultáneamente la atención sanitaria continua y los derechos de conciliación de la vida familiar y laboral del personal estatutario.

I. INTRODUCCIÓN

En un servicio de salud de gran dimensión y alta presión asistencial, como es el SERMAS ¿cómo se garantiza una aplicación equilibrada de los derechos de conciliación en los hospitales, atención primaria y dispositivos de urgencias?

1. Contexto SERMAS

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) en la actualidad cuenta en su plantilla con 87.000 profesionales de los cuales el 22% corresponde al género masculino y el 78% del género femenino. Su infraestructura sanitaria se divide en 39 hospitales,

DS *Derecho y Salud*, vol. 36 (Extraordinario), pp. 58-64, ISSN 1133-7400

más de 265 centros de salud y cerca de 165 consultorios locales dedicados a la Atención Primaria y el tercer ámbito asistencial, el de las urgencias y emergencias, que se presta a través del SUMMA 112.

En la Atención Primaria trabajan 15.838 profesionales de los cuales poco mas de 3.000 son hombres (19%) mientras que el resto son mujeres.

En el ámbito hospitalario, de 70.000 trabajadores el 78% son mujeres. Y en el SUMMA 112, el porcentaje esta más equilibrado el 56% son hombres frente al 44% mujeres, además es precisamente la categoría de TES la que mayor porcentaje tiene de género masculino, el 86%, frente a otras categorías como enfermería con el 86% de mujeres en las plantillas o TCAES el 91% de tasa de feminización.

Hay categorías como calefactor, electricista, conductor, fontanero, peón o cocinero en donde la presencia femenina es testimonial.

Cuesta entender cómo compatibilizar el derecho de la conciliación en un sector altamente feminizado con el tipo de actividad y de prestaciones que se realizan en las instituciones sanitarias abiertas todos los días del año, las 24 horas y con actuaciones de emergencia, cuando durante mucho tiempo la responsabilidad del hogar, del cuidado de la familia, ha recaído de forma casi exclusiva sobre las mujeres, reforzando roles de género tradicionales y la creencias de que las medidas de conciliación fueran privilegios femeninos o soluciones parciales.

De ahí la importancia que está tomando en la actualidad el concepto de corresponsabilidad superando así el de la conciliación, un cambio de paradigma que supone un reequilibrio y redistribución equitativa de las tareas del hogar, los cuidados familiares y las responsabilidades profesionales entre ambos sexos. Es a partir de la Directiva (UE) 2019/1158, del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de junio de 2019, relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y cuidadores, cuya finalidad es promover la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, cuando se están configurando los derechos de conciliación a través de la corresponsabilidad y el ejercicio flexible de los tiempos de trabajo.

2. Diferencias por ámbito asistencial

Peculiaridades de los tres ámbitos asistenciales:

a) Atención Primaria: cobertura de las vacantes para permitir el disfrute de los permisos en aquellas especialidades deficitarias (pediatría de AP: hay acuerdos de la mesa para que se cubran por médicos de familia: Los médicos de familia pueden asumir cupos pediátricos o realizar agendas de absorción de demanda cuando no hay pediatras disponibles, percibiendo retribuciones específicas por cobertura y módulos de prolongación de jornada (como los topes de 34 pacientes fijados en anteriores acuerdos de mejora de Atención Primaria).

Se trata de Protocolos de Gestion Compartida a través de los cuales los médicos de familia y pediatras colaboran, especialmente en centros catalogados como de "puesto de difícil cobertura" por no alcanzar el 80 % de cobertura de su plantilla orgánica.

Manteniendo la Libre elección: Las plazas de Pediatría sin cubrir no eliminan el derecho de los padres a la Libre Elección de Pediatra y Médico de Familia en centros cercanos o, si su centro carece de pediatra titular por falta de cobertura, para poder ser asignados temporalmente a otro profesional del mismo centro de salud.

Además de las peculiaridades de la jornada que se realizan en los CCA (Centros de Continuidad Asistencial), anteriormente conocidos como SAR (Servicios de Atención Rural con dependencia de AP) y SUAP (Servicios de Urgencia de Atención Primaria con dependencia del SUMMA 112), son los dispositivos de urgencias extrahospitalarias del SERMAS que dependen directamente de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y no del SUMMA 112 (desde el 1 de septiembre de 2023) sujetos al Pacto de 2021 de vacaciones permisos y licencias con las peculiaridades de su jornada de trabajo tanto ordinaria como complementaria.

b) En el ámbito hospitalario se tiene en cuenta la Cartera de servicios de cada unidad y especialidad. En función de los procesos clave que se desarrollan, se determinan las presencias por turno. Por ejemplo, el estándar habitual para una unidad de hospitalización general de 30 camas suele tener 4 de mañana 3 tarde y 2 noche. Sin embargo, esta dotación se ajusta constantemente según la carga de trabajo, la complejidad de los pacientes y las eventualidades del servicio para cubrir bajas, permisos o picos de demanda asistencial.

Es un ámbito en el que la especialización y las características tan especiales de algunas unidades o servicios como la oncología, críticos, quirófanos, las reducciones de jornada, los permisos de conciliación presentan más conflictividad pues son puestos en donde las sustituciones son más complicadas.

c) En el ámbito del SUMMA 112, el pacto se ajusta a la jornada especial que tiene de Módulos de 12 y 24 horas: El cómputo anual de la jornada se distribuye mediante turnos y módulos de guardia de 12 y 24 horas ininterrumpidas.

Los días de vacaciones y permisos se calculan de manera proporcional a esta modalidad de turnos, tomándose como referencia elevaciones a múltiplos de 12 o 24 horas en función de cada caso, teniendo en cuenta que los permisos computan siempre a razón de 7,5 horas.

II. MARCO NORMATIVO Y PAPEL DE LA MESA SECTORIAL

Regulación

El sistema de permisos y licencias son los que, con carácter general, están regulados en la normativa general para los empleados públicos tanto procedente del Estado por ser regulación básica estatal como en normativa autonómica. El EBEP reconoce los permisos y las licencias con carácter de mínimo normativo de obligado reconocimiento para todo el personal de las Administraciones públicas y autoriza una ampliación de estos en las distintas Administraciones. Concretamente, los permisos se recogen en los artículos 48 y 49 del EBEP. Y en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Madrid, en los artículos 69 a 71 de la Ley 1/1986, de 10 de abril, de Función Pública y Personal al Servicio de la Comunidad de Madrid.

Son los del articulo 49 los expresamente reconocidos como incluidos dentro del derecho a la conciliación familiar y laboral 1. permiso por parto; 2. permiso por adopción o acogimiento; 3. permiso de paternidad por el nacimiento, acogimiento o adopción de un hijo; y, 4. permiso por razón de violencia de género sobre la mujer funcionaria.

Sus características singulares son:

- que se trata de permisos cuya concesión ha de ser automática una vez que se hayan comprobado las circunstancias que los justifican y siempre que se cumplan los trámites formales para su solicitud, por lo que la Administración pública no puede denegarlos alegando necesidades organizativas o inconveniencias en la prestación del servicio.

- el tiempo transcurrido durante el disfrute de estos permisos se computará como de servicio efectivo a todos los efectos, es decir, de servicio activo.

Estos permisos, las licencias y sus peculiaridades en el ámbito sanitario, se regulan principalmente en el Capítulo X (Artículos 46 a 61) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco. Hay que destacar que las mesas sectoriales de negociación son el foro clave donde sindicatos y Administración adaptan la normativa general a las necesidades específicas de los profesionales de la salud. En ellas se concretan y mejoran los permisos de conciliación, velando por su aplicación efectiva frente a la rigidez asistencial.

- Partiendo de los mínimos estatales (como el Estatuto Marco o el EBEP), la mesa sectorial aprueba los Pactos de Permisos y Licencias autonómicos. Estos definen cómo se aplican las reducciones de jornada, excedencias y licencias por maternidad/paternidad en cada Servicio de Salud.

- En la actualidad en el SERMAS rige el Texto Consolidado y actualizado del Pacto de 30 de noviembre de 2021 que sustituye al acordado en la mesa sectorial de sanidad el 10 de diciembre de 2015 sobre vacaciones permisos y licencias del personal estatutario que presta servicios en centros e instituciones sanitarias del servicio madrileño de salud.

- Mejora de condiciones: Permite negociar días adicionales o condiciones más beneficiosas adaptadas al desgaste del sector salud (por ejemplo, el régimen de guardias o turnos rotatorios).

- Garantía y seguimiento: en la mesa sectorial se hace un seguimiento para garantizar el cumplimiento del Pacto, suavizar la rigidez en su aplicación, y se ha intensificado por parte de la DG la necesidad de que la motivación se lleve a cabo por escrito y detallando las razones que justifican la denegación, para que no puedan ser razones genéricas, de conformidad con lo que exige la jurisprudencia, para conjugar el derecho al permiso y la cobertura asistencial, especialmente en los permisos de conciliación.

- En la actualidad se está trabajando en un grupo de trabajo específico dentro de la mesa sectorial del SERMAS para actualizar los permisos, así como sus interpretaciones y adaptaciones.

El objetivo prioritario es alcanzar acuerdos a la hora de fijar, en las planillas, los permisos, los días de vacaciones, los de libre disposición, así como aquellos que son una manifestación de la conciliación, para que, dentro de lo posible, se disfruten sin restricciones.

En el contexto actual que nos encontramos, de huelgas intermitentes, desde el mes de abril del colectivo del personal facultativo, en donde se está cuestionando el modelo actual de turnos, de realización de guardias y de la atención continuada, y los profesionales reclaman principalmente una nueva regulación de las jornadas y las guardias, mejorar las retribuciones y adaptar las plantillas a las necesidades reales de la población, juega un papel muy importante la regulación de los derechos de conciliación de la vida familiar y laboral, pues escuchamos entre sus reivindicaciones que están perdiendo tiempo de estar conciliando, de "momentos familiares perdidos", por lo que es cada vez más patente la necesidad de políticas públicas que favorezcan una asunción corresponsable de las responsabilidades familiares, pues un desequilibrio en este aspecto de la vida personal de las personas trabajadoras no resulta inocuo en su vida laboral.

La trasposición de la Directiva (UE) 2019/1158, del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de junio de 2019, relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y cuidadores, en el ámbito nacional se ha ido efectuando con las sucesivas reformas legislativas, no exentas de dificultades y que en la aplicación práctica requieren de una intervención judicial y sobre todo de concreción a través de la negociación en mesa sectorial:

a) del Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para la garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación,

b) la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación

c) el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, por el que se adoptan y prorrogan determinadas medidas de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la Guerra de Ucrania, de apoyo a la reconstrucción de la isla de La Palma y a otras situaciones de vulnerabilidad; de transposición de Directivas de la Unión Europea en materia de modificaciones estructurales de sociedades mercantiles y conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores; y de ejecución y cumplimiento del Derecho de la Unión Europea.

d) El Real Decreto-ley 2/2024, de 21 de mayo, por el que se adoptan medidas urgentes para la simplificación y mejora del nivel asistencial de la protección por desempleo, y para completar la transposición de la Directiva (UE) 2019/1158, que introduce la flexibilización de la jornada para empleados públicos, para incluir fórmulas de trabajo flexible que beneficie a cualquier empleado público que tenga a su cargo, por motivos médicos graves, el cuidado de personas con que conviven.

e) El Real Decreto -Ley 9/2025 de 29 de julio, por el que se amplía el permiso de nacimiento y cuidado.

III. PROBLEMAS EN SU APLICACIÓN

1. Permisos más conflictivos

Es la mesa sectorial el lugar idóneo para fijar criterios homogéneos de aplicación de los permisos y licencias, siendo los que generan más fricción los relacionados con los de deber inexcusable, los permisos por cuidado familiar que el Real Decreto ley 5/2023 ha ampliado hasta 5 días y los de libre disposición y adicionales para poder disfrutarlos en días o fechas señaladas como Navidades, verano o en puentes y que dificultan la conciliación.

El primero de ello, el de deber inexcusable, ha ido fijándose por la jurisprudencia, quien en materia de permisos y licencias ha desempeñado un importante papel conciliador y resolutorio de conflictos, señalando como requisitos imprescindibles:

- Que el cumplimiento del deber inexcusable tenga que llevarse a cabo dentro de la jornada de trabajo.

- Incluyendo entre sus supuestos (así STSJ Galicia rec 1094/17 de 14 de julio de 2017) el ejercicio del sufragio activo, la participación en mesas electorales o el desempeño de la función de jurado, o la asistencia a juicio.

- Estos supuestos no generan controversia salvo el intento de incluir en este apartado y por ello lo comento, el permiso de acompañamiento a un hijo/a o un pariente que no pueda valerse por si mismo al médico. Aunque en un principio las sentencias como la STSJ Galicia rec 1094/2017 de 14 de julio de 2017 o la del STS rec 79/2019 de 9 de diciembre de 2020, han establecido que se trata de un deber que pertenece al ámbito privado y familiar y que no tiene que ver con la previsión del deber inexcusable, lo cierto es que este permiso retribuido se ha ido incluyendo en los pactos objeto de negociación

en mesa sectorial (en la del SERMAS concretamente) previendo como un permiso retribuido y dentro de la esfera de la conciliación:

• Acompañar, por el tiempo indispensable, a los descendientes en primer grado, al cónyuge o pareja de hecho, o a los ascendientes dependientes a pruebas invasivas que requieran sedación, así como a cualquier tipo de prueba médica que precise de acompañamiento indispensable al paciente para su realización si se aporta justificante emitido por el centro médico de la necesidad (no recomendación) de que el paciente debe acudir acompañado a la prueba.

• Acudir a las citas con los profesionales cualificados que sean necesarias para el reconocimiento del grado de dependencia y de discapacidad igual o superior al 33% de familiares de primer grado de consanguinidad y afinidad.

• La asistencia del profesional al médico por el tiempo indispensable y aportando el justificante de asistencia a la consulta.

Si bien se prevé que pueda ampliarse a otras actividades asistenciales como fisioterapeutas, logopedas o que requieran de una atención especial.

El segundo permiso con mayor conflictividad es el que el Real Decreto-Ley 5/2023 amplió el tiempo de disfrute del permiso retribuido por cuidado familiar pasando de dos a cinco días. Ha sido la jurisprudencia la que ha ido fijando sus términos aclarando que los cinco días no necesariamente han de disfrutarse de forma continuada (STSJ Cataluña, de 6 de junio 2024), que el alta hospitalaria no justifica per se la extinción del permiso si va seguida de un reposo domiciliario recomendado por los facultativos (sentencia de 24 de julio 2024 de la Audiencia Nacional) o la más reciente del TS (sentencia de 6 de mayo de 2025), en la que vuelve a defender que el alta hospitalaria no finaliza el permiso, pero el alta médica sí que lo extingue, aunque no haya finalizado el plazo de cinco días, pues este permiso es un derecho mínimo necesario y los cinco días se pueden disfrutar una vez concluido el alta hospitalaria siempre que el familiar no esté curado, porque, como advierte la sentencia aludida "lo que no es admisible es que el familiar esté curado, incluso reincorporado al trabajo, y mientras tanto el trabajador continúe disfrutando de un permiso carente de justificación".

Además de una mayor duración del permiso, por otra parte, el Real Decreto-Ley 5/2023 amplió el número de sujetos causantes del nacimiento de este derecho. Concretamente, se han extendido a la pareja de hecho y a sus parientes y convivientes. Literalmente, la norma amplía el ámbito subjetivo de la siguiente forma: a la "pareja de hecho o parientes hasta el segundo grado por consanguineidad o afinidad, incluido el familiar consanguíneo de la pareja de hecho". Igualmente: a "cualquier otra persona que conviva con la persona trabajadora en el mismo domicilio y que requiera el cuidado efectivo de aquella"

Dentro de este contexto, se impone la necesidad de buscar nuevas fórmulas de organización que permitan el equilibrio entre la necesidad de compatibilizar las exigencias de la institución sanitaria con el respeto a los acontecimientos relevantes de la vida personal y familiar de la persona trabajadora, con el objetivo de proporcionar mecanismos que permitan a los profesionales atender de forma efectiva sus responsabilidades familiares, con independencia del género, y sin perjuicio de su retribución.

Algunos de estos mecanismos recientemente aprobados en el SERMAS mediante Acuerdo o Pacto de Mesa sectorial:

1) Pacto de la Mesa Sectorial de 8 de mayo sobre turnos deslizantes y acabalgados en los centros de salud de AP del Sermas, con el objetivo de cubrir los turnos de tarde que es el que más dificultad presenta para la conciliación de la vida familiar y laboral.

La implantación de este turno, de carácter voluntario y dentro de la autonomía y responsabilidad de los equipos de los centros de salud, que tiene en cuenta las conclusiones derivadas de las evaluaciones de riesgos psicosociales, busca aunar la implicación del personal, la conciliación familiar y laboral y garantizar la accesibilidad de los usuarios de los centros de salud dentro de cualquier horario de apertura del mismo.

Se define así el turno deslizante aquel que prestan voluntariamente los profesionales con independencia del que les haya correspondido, de forma voluntaria y temporal para alternar unos días de mañana y otros de tarde y tener así todos los turnos cubiertos. Mientras que el turno acabalgado es el que se realiza de forma continuada en una franja que abarca el turno de mañana y parte de la tarde. La característica principal es que exige consenso (la mitad más uno) por todos los profesionales implicados con una permanencia de un año y con suspensión durante el periodo de vacaciones cuando haya necesidad para tener los turnos cubiertos o en caso de huelga durante el tiempo que dura la misma.

2) Pacto de 26 de enero de 2026 por el que se inicia la puesta en marcha de turnos de 12 horas en unidades de atención hospitalaria, con la participación para el personal de plantilla con voluntario, en línea con diversas medidas previstas en los resultados de evaluación de riesgos psicosociales en cuanto a llevar a cabo acciones de participación de los/las trabajadores/as en la organización de las unidades.

Así también, esta medida organizativa, además de ir orientada a la eficacia y eficiencia del servicio sanitario, debe ir encaminada al objetivo de mejora de las condiciones de trabajo, clima laboral, y favorecer medidas de conciliación de la vida laboral con la vida personal y familiar.

En ese sentido, estos turnos de 12 horas suponen mayor dedicación horaria, pero conllevan una menor presencialidad, así como acumulación de los descansos, reduciendo los desplazamientos. A su vez, debe contribuir a la mejora de la calidad asistencial garantizando la continuidad de cuidados asistenciales en las unidades en las que se establezca este régimen específico de horarios, por lo que en caso de implantarse deberá ser objeto de evaluación desde la perspectiva asistencial, así como también de las evaluaciones periódicas que se consideren necesarias.

La realización de estos turnos de 12 horas no conlleva una minoración de la jornada anual establecida en el Servicio Madrileño de Salud según las presencias y rotación originaria y las normas que la regulan contenidas en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos vigente. En su establecimiento en calendario de trabajo anual se deberán respetar los descansos diarios entre jornadas de 12 horas y semanales de 24 horas más 12 de descanso diario, esto es 36 horas semanales.

La aprobación del proyecto piloto requiere la mayoría del 80% de la plantilla estructural personal fijo e interino en vacante en activo o con reserva de plaza, fijando los horarios propuestos de inicio y fin, así como el sistema de revocación en caso de cambio sustanciales que superen el 50% de la plantilla una vez trascurrido al menos un año y a solicitud del 80% de la plantilla previos informes sobre la afectación de la calidad asistencial, o de datos de la evaluación de la salud y/o del servicio de prevención de riesgos.

La concesión de la autorización parta su puesta en marcha requiere de:

- Informes de riesgos psicosociales
- Informe con las conclusiones de la monitorización e identificación de los accidentes de trabajo/laborales en los que estén implicados los profesionales que participan en el pilotaje
- Informe relacionado con la seguridad del paciente

En materia de permisos, vacaciones, cambios de turno se aplica el Pacto con algunas particularidades pues los permisos contados por días equivalen a 7,5 h, los cambios de turno están condicionados al respeto de los descansos entre jornadas que son obligatorios o las pausas en jornadas de 6 h, se amplía también en proporción al ser esta superior pudiéndose disfrutar de forma parcial o acumulada

3) Efectividad de la STS, la Sala de lo Social del Tribunal Supremo Sentencia nº 25/2026, de 15 de enero por la que se declara que las madres facultativas que hacen uso de la lactancia natural y que tengan la obligación de realizar turnos de más de 24 horas en concepto de jornada complementaria del artículo 48 del Estatuto Marco, Ley 55/2003 de 16 de Diciembre y prestan servicios en los centros de trabajo en el Servicio Madrileño de Salud, deben ser dispensadas de la realización de la jornada complementaria (17/24 horas) durante los primeros 12 meses, a contar desde el nacimiento del niño/a a su cargo; así como que tienen derecho a seguir percibiendo el complemento de atención continuada durante ese periodo, a través de la Resolución de 10 de febrero de 2026 por la que se dictan instrucciones para aplicación de exención de guardias a las madres trabajadoras con niños/as a su cargo durante los primeros 12 meses desde el nacimiento por razón de lactancia natural.

Aplicable a las madres profesionales en las categorías con régimen de jornada ordinaria y complementaria con presencia de 24 horas al día (7+17 ó 24) del artículo 48 de la Ley 55/2003 de Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que realicen mensualmente guardias de presencia física o localizada de forma regular y rotatoria en calendario anual de la unidad y se encuentren en situación de lactancia materna, natural, no artificial o con fórmula, incluidas a personal sanitario que realiza formación especializada mediante el sistema de residencia (MIR, PIR, FIR, QIR, BIR), siempre que realicen guardias en régimen similar al personal Facultativo.

Todo lo anterior pone de manifiesto un cambio en las dinámicas que nos obliga a dar el salto desde

el concepto de conciliación personal hacia el de conciliación familiar, en el que la planificación adquiere un papel fundamental para garantizar la compatibilidad entre la cobertura asistencial, la seguridad jurídica y la previsibilidad organizativa.

NORMAS DE PUBLICACIÓN
ESTUDIOS Y COMUNICACIONES

NORMAS DE PUBLICACIÓN
ESTUDIOS Y COMUNICACIONES

Antes de realizar el envío es necesario comprobar que se cumplen con los siguientes requisitos:

- Los originales que se presenten deberán ser inéditos y no estar pendientes de consideración para su publicación por alguna otra revista.
- Los documentos deberán enviarse en Microsoft Word, OpenOffice o RFT.
- En caso de incluir enlaces web se debe comprobar que funcionan correctamente.
- Cumplir con las directrices para autores.

Directrices para autores

1. Temática

La revista Derecho y Salud tiene por objeto la publicación de estudios científicos y artículos doctrinales en el ámbito del Derecho Sanitario. Su contenido se encuentra dividido en cuatro secciones: estudios, comentarios jurisprudenciales y reseñas bibliográficas.

La finalidad de la revista es contribuir a la investigación en el área del Derecho Sanitario y divulgar la producción científica en dicho ámbito, de acuerdo con los fines de la Asociación de Juristas de la Salud que la edita.

La revista va dirigida con carácter preferente a magistrados y jueces, abogados y letrados de los servicios de salud, profesores universitarios e investigadores de ciencias sociales, jurídicas y disciplinas afines.

2. Envíos

Todos los envíos se deberán remitir por correo electrónico (en formato Word, OpenOffice o RFT) a revistads.ajs@gmail.com, por un lado, se enviará un archivo que contengan la ficha para autores cumplimentada y firmada, y por otro, el artículo, con el objeto de ser evaluado a doble ciego.

3. Normas de edición

3.1. Formato

Los originales deberán ir escritos a espacio y medio, en letra Times New Roman, normal, tamaño 12 en texto, a espacio 1,5 y tamaño10 en notas de pie de página a espacio sencillo. No se utilizarán tipos de letras o tamaños diferentes a los indicados, ni subrayados, ni negritas. No deben dividirse las palabras con guiones al final de la línea, ni se dejarán líneas en blanco.

La primera página debe de incluir, por este orden:

- Título del artículo, centrado en negrita, justificado y con interlineado sencillo
- Sumario, justificado y con interlineado sencillo
- Un breve resumen (abstract) en español e inglés de hasta 120 palabras, acompañado de 3-5 palabras clave, en los dos idiomas.
- Fecha de finalización del trabajo.

En el caso de los ESTUDIOS que aborden en profundidad cualquier tema del Derecho Sanitario, la extensión será de un mínimo de 20 y un máximo de páginas 30.

En el caso de los COMENTARIOS JURISPRUDENCIALES, la extensión máxima no podrá superar las 15 páginas.

Las RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS no excederán de 4 páginas.

El primer nivel de epígrafes se numera en romanos y los siguientes en números arábigos. Los títulos de los epígrafes irán en negrita, justificados y con interlineado sencillo. El número del epígrafe, igual que en el sumario, se indicará con números romanos, seguidos de un punto: I., II., III., IV. ...] El texto de cada epígrafe irá con sangrado en primera línea de cada párrafo (1 cm). En el segundo nivel (subepígrafes) El título irá en minúscula, cursiva, justificado, interlineado simple, y se ajustará a la numeración árabe seguida de un punto: 1., 2., 3., y así sucesivamente. Si se precisara utilizar un tercer nivel (dentro de cada subepígrafe) el título irá en minúscula, sin cursiva ni negrita con numeración árabe seguida de punto: 1.1, 1.2, 1.3., y así sucesivamente.

Epígrafe **II. Título**
Subepígrafe *1. Cursiva*
1.1. Título
1.2. Título
Subepígrafe *2.Cursiva*
2.1. Título
2.2. Título

3.2. Notas a pie de página

Todos los ESTUDIOS incluirán notas a pie de página; los COMENTARIOS JURISPRUDENCIALES no precisan incluir las mismas y las RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS prescindirán de ellas.

Todas las notas a pie de página irán a espacio sencillo y serán numeradas mediante caracteres arábigos, siguiendo los siguientes modelos:

- **Libros:** APELLIDO, N. (año): Título del trabajo. Edición (si hay más de una). Lugar. Editorial, páginas de la cita.
- **Libro en línea:** APELLIDO, N. (año). Título del trabajo. Edición (si hay más de una). Lugar. Editorial, páginas de la cita (DOI o URL).
- **Capítulos de libros:** APELLIDO, N. (año): "Título del capítulo", En N. Apellidos del editor o director (Dir.), Título del libro. Editorial, páginas de la cita.
- **Capítulo del libro en línea:** APELLIDO, N. (año): «Título del capítulo». En N. Apellidos del editor o director (Dir.), Título del libro. Editorial, páginas (URL).
- **Artículos de revista:** APELLIDO, N. (año): «Título del artículo». Nombre de la revista. Volumen (número de revista), páginas de la cita.
- **Artículos de revista en línea:** APELLIDO, N. (año). «Título del artículo». Nombre de la revista. Volumen (número de revista), páginas de la cita (DOI o URL).

Tras la primera referencia bibliográfica completa a nota a pie se señalará APELLIDO, N. (año: páginas). Si hubiese varios trabajos del mismo año de un mismo autor, el año del segundo trabajo irá acompañado de la letra b. En caso citar tres trabajos del mismo año de un mismo autor, el año del tercer trabajo irá acompañado de la letra c, y así consecutivamente.

3.3. Bibliografía

- En la última página se incluirá un apartado con la bibliografía, la cual se limitará a las obras citadas en el trabajo.
- La bibliografía deberá ordenarse alfabéticamente por el primer apellido de los autores.
- Los libros se incluirán en la misma forma que en las citas a pie, sin incluir las páginas. Los capítulos de libros y los artículos se incluirán con la página de inicio y la de fin del trabajo.
- La bibliografía deberá tener espacio sencillo e interlineado 1.0.

4. Proceso de publicación

Los manuscritos serán valorados anónimamente por evaluadores externos al Consejo Editorial de la Revista, expertos en la materia, quienes informarán sobre la conveniencia de su publicación y, en su caso, sugerirán la introducción de modificaciones en el texto.

Adicionalmente, se realizará una revisión por pares que garantice la objetividad de la evaluación.

5. Copyright

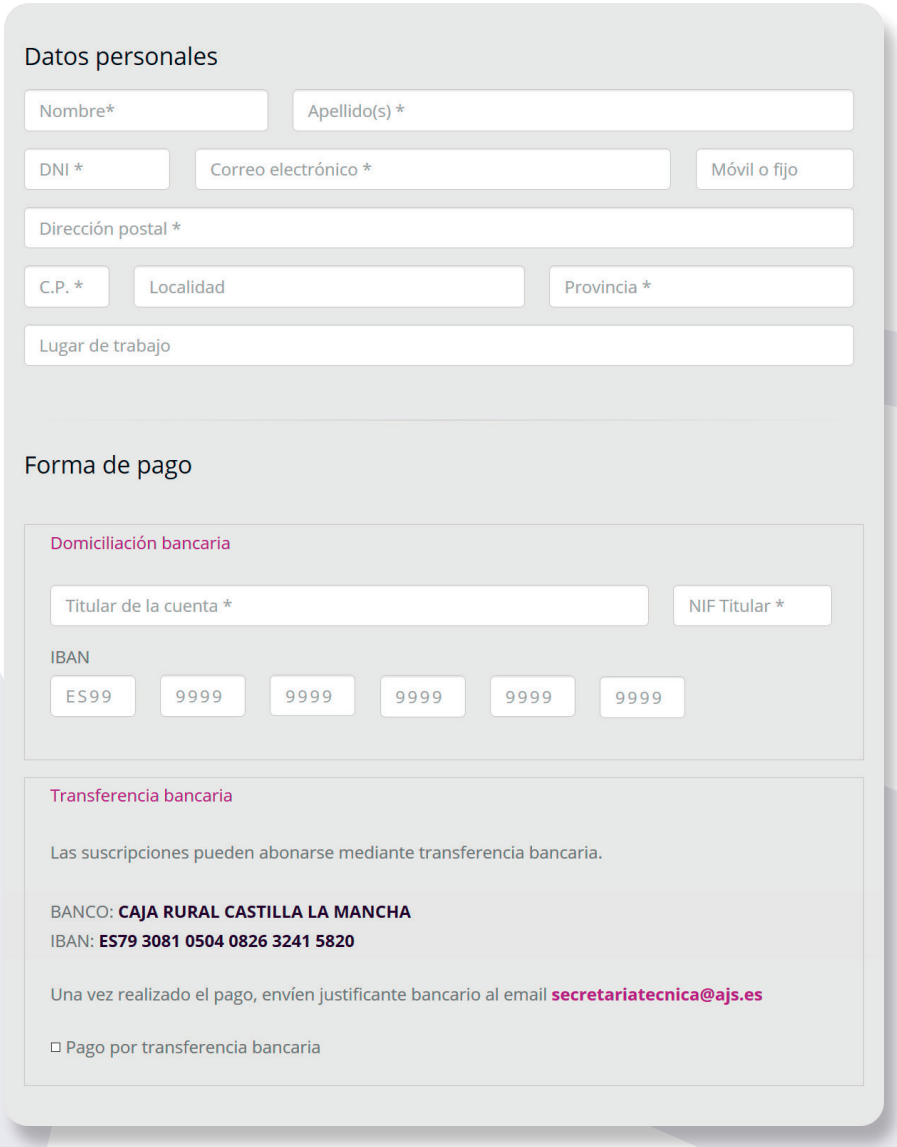
Es imprescindible aceptar las políticas de publicación y ceder de forma exclusiva los derechos de reproducción en revistas científicas.

Adicionalmente, se realizará una revisión por pares que garantice la objetividad de la evaluación.

SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN
REVISTA DERECHO Y SALUD

SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN REVISTA DERECHO Y SALUD

La suscripción a la Revista Derecho y Salud supone el acceso online de 2 números al año de la revista y las revistas de SESPAS (Gaceta Sanitaria), y tiene un importe de 72 € al año.



Acceso al formulario de solicitud de suscripción a la Revista Derecho y Salud de forma online:

www.ajs.es/index-revista-derecho-y-salud/info

En cumplimiento de la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y su normativa de desarrollo, se le informa de que los datos personales recogidos a través de este sitio son confidenciales y serán incluidos en un fichero denominado "suscriptores" titularidad de "Asociación Juristas de la Salud", con domicilio en Escuela Nacional de Sanidad calle Sinesio Delgado, 10 Madrid (28029) con la exclusiva finalidad de gestionar la relación con los suscriptores de la revista de la asociación y facilitar su distribución, para lo que presta su expreso consentimiento. El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo, a la dirección indicada, una carta con copia del DNI, o bien un correo electrónico con firma electrónica a revistads.ajs@gmail.com indicando "derechos ARCO".

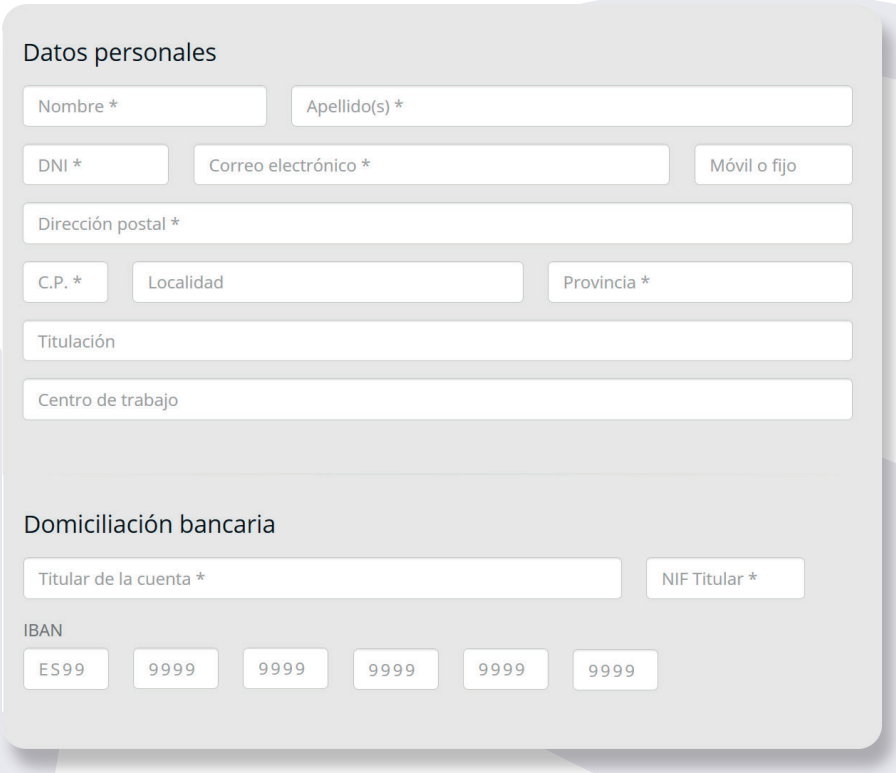
SOLICITUD DE ASOCIACIÓN
ASOCIACIÓN JURISTAS DE LA SALUD

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN
ASOCIACIÓN JURISTAS DE LA SALUD

Hacerse socio de Juristas de la Salud tiene múltiples ventajas:

- Da derecho a participar activamente en la Asamblea y en los órganos de gobierno de la Asociación;
- Otorga el derecho a recibir nuestra prestigiosa Revista Derecho y Salud;
- Descuentos en las actividades organizadas por AJS;
- Acceso y participación activa en los Foros privados, así como en los Servicios de la Asociación por medio de comentarios exclusivo para los asociados
- Integración automática en SESPAS.

Por un importe de 82 € al año benefíciate de estas ventajas.



Acceso al formulario de solicitud de asociación de forma online:

www.ajs.es/es/index-asociados#asociarse

En cumplimiento de la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y su normativa de desarrollo, se le informa de que los datos personales recogidos a través de este sitio son confidenciales y serán incluidos en un fichero denominado "socios" titularidad de "Asociación Juristas de la Salud", con domicilio en Escuela Nacional de Sanidad calle Sinesio Delgado, 10 Madrid (28029) con la exclusiva finalidad de gestionar la relación con los suscriptores de la revista de la asociación y facilitar su distribución, para lo que presta su expreso consentimiento. El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo, a la dirección indicada, una carta con copia del DNI, o bien un correo electrónico con firma electrónica a revistads.ajs@gmail.com indicando "derechos ARCO"