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