

DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS DE LOS PACIENTES

1. El movimiento asociativo de los pacientes: Hacia una Sanidad participativa y transparente.

La complejidad del mundo sanitario hace imprescindible asentar sólidamente los intereses de los pacientes a partir del reconocimiento y la regulación de un conjunto de derechos colectivos. El primero de ellos es, sin duda, el derecho de asociación.



Las Asociaciones de Pacientes se han ido constituyendo primero como *plataformas de autoayuda y protesta* ante las deficiencias organizativas de los sistemas sanitarios.

Inicialmente estuvieron englobadas en los movimientos pro derechos civiles, pero a partir del siglo actual han adquirido un perfil propio, impulsadas por las Declaraciones de Roma (2002) y de Barcelona (2003), en las que los pacientes buscaron un espacio propio con vistas a constituirse en interlocutor válido de los responsables de los sistemas sanitarios.

Conforme a lo señalado en el estudio "*Características del movimiento asociativo en España: una mirada comparativa*", realizado en 2017 desde el Observatorio de Enfermedades Raras de FEDER, en el año 2007 en España un tercio de la población adulta (más de 12 millones de personas) estaba afiliada a una o varias de las 250.000 asociaciones de todo tipo entonces registradas.

Más del 90% de las asociaciones activas a comienzos del siglo XXI en nuestro país han sido creadas en las últimas tres décadas, coincidiendo con el desarrollo democrático. El crecimiento es especialmente rápido a partir de 2009, momento en el que se hacen visibles los efectos de la crisis socioeconómica que lo asoló. Sin embargo, el asociacionismo de pacientes quedó en un discreto segundo plano.

Los expertos en la materia señalan que la tradición del asociacionismo de pacientes en España es muy escasa. Apenas alcanzaba el 3% en 2004, especialmente pacientes de entre 30 y 50 años de edad. La mayoría de las asociaciones se agruparon en torno a tipos de enfermedades o trastornos, teniendo una presencia mayoritaria aquellas que se referían a patologías prevalentes (como el alzheimer, la diabetes o el cáncer), con fuertes implicaciones familiares, sociales y económicas, o en las que se requerían ayudas y recursos asistenciales por parte de las administraciones.

Pero ya entonces, el movimiento asociativo en enfermedades raras en España ocupaba un lugar destacado (un 7,1% del total).

A principios de 2017, la Comunidad de Asociaciones de Pacientes denominada “Somos Pacientes” mostraba cómo alrededor del 6% de las asociaciones de pacientes en España se agrupaban en torno a enfermedades raras, especialmente en la Comunidad de Madrid (29%), Cataluña (16%) y Andalucía (12%). Sin embargo, la proporción de estas asociaciones en relación al total ha ido disminuyendo en los últimos años, o su crecimiento no ha sido correlativo.

Como principales causas se han barajado, sobre todo, el escaso apoyo institucional, la falta de recursos, infraestructuras y financiación, la ausencia de relevo generacional, el desgaste de los propios pacientes en su peregrinaje en búsqueda de información y diagnóstico, la carencia de profesionales adecuados, o la insuficiente labor de sensibilización o concienciación sobre la materia.

Llegados al año 2021, y en el contexto de la pandemia, conforme señala el mapa de asociaciones de la referida comunidad “Somos pacientes” (listado de entidades que trabajan por y para el colectivo de pacientes, en sus distintas ramas y ámbitos geográficos de actuación), ya son más de 1900 las asociaciones de esta naturaleza operativas en nuestro país, de las cuales 110 representativas de pacientes de enfermedades raras y sus familias.

Por Comunidades Autónomas, 327 asociaciones operan en la Comunidad de Madrid (29 de EERR), 272 en Cataluña (17 de EERR), 281 en Andalucía (15 de EERR), 195 en la Comunidad Valenciana (10 de EERR), 116 en Castilla-León (3 de EERR) y 104 en Galicia (9 de EERR). Las demás Comunidades aportan registros por debajo de 100.

Una veintena de asociaciones, también integradas en “Somos pacientes” se ubican fuera del territorio nacional, 2 de ellas en el entorno de las enfermedades raras (ambas en México).

<https://www.somospacientes.com/mapa-de-asociaciones/>

Así las cosas, a día de hoy la “diversidad” marca en España a las Asociaciones de Pacientes (AAPP). Es claro que representan a enfermos con patologías muy diversas y tienen un distinto ámbito geográfico.

Pero estas Asociaciones, que en gran medida forman parte de organizaciones transversales (Foro Español de Pacientes, Plataforma de Organizaciones de Pacientes y Alianza General de Pacientes), carecen de un marco regulatorio específico. Razones de eficacia y de seguridad jurídica hacen ya del mismo una necesidad ineludible.

También debería existir un Registro administrativo, público y oficial propio, dejando de estar diluidas en *el Registro General de Asociaciones del Ministerio del Interior*. De este modo sería mayor su visibilidad y su papel como principal instrumento de los pacientes para hacer realidad su derecho de participación en el Sistema Sanitario.

Estas Asociaciones han de poder expresar ante los poderes públicos sus opiniones y propuestas sobre proyectos y decisiones sanitarias. Deben incorporarse a los órganos consultivos y tener la oportunidad de emitir informes de forma preceptiva sobre cuantas cuestiones afecten a quienes legítimamente representan (los pacientes).

El *Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*, la *Comisión de Precios de los Medicamentos*, las *Comisiones de Farmacia y Terapéutica* carecen de representantes de los pacientes, lo que supone un notable déficit democrático y un permanente riesgo de opacidad en la toma de decisiones por parte de los gestores públicos.

Pero la insuficiencia normativa también se manifiesta en otros ámbitos, en particular en el de las reclamaciones y demandas por daños y actos contrarios a la salud de los ciudadanos.

Sería, pues, necesario que nuestra legislación contemplara la posibilidad de que las Asociaciones de Pacientes que contasen con la necesaria y suficiente representatividad, pudieran colaborar activamente con los órganos judiciales en defensa de intereses generales de sus representados.

A tal fin, además de contar con el respaldo (que ya tienen) del Defensor del Pueblo y de la Fiscalía, debería establecerse su legitimación para el ejercicio directo de “acciones colectivas” ante los Tribunales, a semejanza de lo que sucede ya con los Asociaciones de Consumidores y Usuarios (artículo 11 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Estas “acciones colectivas” no serían un mero sumatorio o agrupación de demandas individuales presentadas por pacientes concretos, sino demandas que se presentarían en nombre de un número indeterminado de pacientes o, como técnicamente se las denomina, en favor de “intereses difusos”, públicos o generales.

Las “acciones colectivas”, así concebidas, en caso de ser acogidas favorablemente por los Tribunales, tendrían consecuencias generales y no solo para los ciudadanos representados por la Asociación de Pacientes que hubiese presentado la correspondiente demanda o reclamación judicial. Por ello, los requisitos de legitimación procesal deberían ser regulados con precisión, al igual que ya se ha hecho en otros Estados Miembros de la Unión Europea.

Se hace preciso concretar estas propuestas y planteamientos mediante la modificación de la Ley de Autonomía del Paciente y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. A tal fin habría que introducir un nuevo Título en la primera de esas leyes, dedicado a los derechos colectivos de los pacientes, e incluir un punto 4 en el artículo 11 de la Ley de Enjuiciamiento Civil a efectos de reconocer a estas Asociaciones la posibilidad de ejercer “acciones colectivas en defensa de interés difuso”.

A modo de complemento, debería también aprobarse la normativa reglamentaria que estableciera y regulase el *Registro de Asociaciones de Pacientes* y los requisitos sobre representatividad.

En el terreno de las “acciones colectivas”, además, cabe señalar que las mismas han tenido una plasmación muy diversa en los distintos ordenamientos jurídicos de los Estados, más exigentes en unos que en otros, de modo que, desde mediados de los años 90, se está trabajando a instancias de la Comisión en la aprobación de algunas orientaciones que traten de acercar sus posicionamientos.

2. Los derechos individuales de los pacientes: Una visión de conjunto.

A partir de un examen de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, del *Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina*, de la *Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes* promovida por la Oficina Regional para Europa de la OMS, del *Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano*, de la normativa comunitaria en materia de salud, de nuestra Constitución, de la Ley General de Sanidad, de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de la Ley de Autonomía del Paciente, de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, de la Ley de Investigación Biomédica, de la Ley de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, así como de otras disposiciones concordantes y de desarrollo, pueden identificarse, entre otros, los siguientes derechos en favor de los pacientes:

- Derecho a la vida
- Derecho a la integridad física y moral
- Derecho a no ser discriminado
- Derecho a la protección de la salud

- Derecho a la libertad
- Derecho a la intimidad
- Derecho a que se respete su dignidad
- Derecho a la seguridad
- Derecho a la información y al consentimiento informado
- Derecho a que se respete la autonomía en las decisiones que afecten a su salud
- Derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso
- Derecho de información para la elección de médico y de centro
- Derecho a las prestaciones y servicios del Sistema Nacional de Salud
- Derecho al acceso a los tratamientos en condiciones de equidad y de igualdad territorial
- Derecho a que no se cambie su medicación (biológicos) sin autorización de su médico
- Derecho a que no se interrumpa o se modifique su tratamiento farmacológico sin ser informados y/o sin su consentimiento
- Derecho de acceso a su historia clínica y a su custodia diligente por parte de los centros sanitarios
- Derecho a que se expidan certificados médicos sobre su estado de salud
- Derecho a la confidencialidad y privacidad de sus datos personales
- Derecho a participar en ensayos clínicos en condiciones de seguridad y con la debida información
- Derecho a que establezcan medidas para garantizar los derechos de los pacientes con necesidades especiales asociadas a la discapacidad
- Derecho a reclamar indemnización por daños sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria
- Derecho a establecer instrucciones previas (otorgar testamento vital)
- Derecho a cuidados paliativos y acompañamiento en el proceso del fin de la vida.

3. El consentimiento informado como garantía clave para el respeto de los derechos de los pacientes.

El “consentimiento informado” es un derecho del paciente básico de los pacientes que cabe calificar como la *llave* para poder ejercer plenamente sus derechos individuales, tanto respecto del sistema sanitario como respecto de cuantos profesionales intervengan en el proceso asistencial.

La jurisprudencia lo califica de *derecho fundamental* (Sentencia del Tribunal Supremo de 31 del Julio de 1996).

Para los profesionales sanitarios es una obligación de primer orden y no un mero requisito burocrático.

Para el médico la información al paciente y su consentimiento forman parte del acto clínico, incluido en la «lex artis». Así lo ha considerado la jurisprudencia (Sentencia del TS de 28 de Mayo de 1995), que proclama que *“Todo facultativo de la medicina, especialmente si es cirujano, debe saber la obligación que tiene de informar de manera cumplida al enfermo acerca de los posibles efectos y consecuencias de cualquier intervención quirúrgica, y de obtener su consentimiento al efecto, a*

excepción de presentarse un supuesto de urgencia que haga peligrar la vida del paciente o pudiera causarle graves lesiones de carácter inmediato... (por lo que el médico)... con su conducta omisiva vino a desconocer la obligación impuesta por la lex artis en el aspecto concreto indicado de haber prescindido del consentimiento de la paciente, lo que originó, forzosa e ineludiblemente, que su conducta debe ser calificada de antijurídica en el sentido del derecho, y comportó, a su vez, la obligación de indemnizar el resultado producido”.

En este sentido, la Ley Básica de Autonomía del Paciente (artículo 8.1) establece que: *“ toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información...haya valorado las opciones previas del caso”.*

Este precepto legal también se refiere a las características que ha de reunir el “consentimiento informado”, diciendo que *“será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.* *“El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos”.*

Por su parte, el artículo 10 de la misma Ley, dispone que el facultativo debe proporcionar al paciente, antes de obtener su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad,
- los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente,
- los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionado con el tipo de intervención.

Es importante tener en cuenta que, según el mencionado artículo 8 de la Ley de Autonomía del Paciente, este *“puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento”.*

En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente la firma del “alta voluntaria”. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, puede disponer el “alta forzosa” en las condiciones reguladas por la Ley.

El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no da lugar al “alta forzosa” cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias deben quedar siempre debidamente documentadas.

En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

Ahora bien, *“los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad*

física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”.

Cuando el consentimiento se refiere a menores y personas con discapacidad, el Convenio de *Derechos Humanos y Biomedicina* (artículos 5, 6 y 7) establece lo siguiente:

- *“Como regla general, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento, cuando redunde en su beneficio directo.*
- *Cuando, según la Ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la Ley.*
- *La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.*
- *Cuando, según la Ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la Ley.*
- *La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.*
- *El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3 recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5.*
- *La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada.*
- *La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida sin su consentimiento a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la Ley, que comprendan procedimientos de supervisión y control, así como de medios de elevación de recursos”.*

Además, la *Ley de Autonomía del Paciente* dispone que se otorgará el “consentimiento por representación” en los siguientes supuestos:

- a. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o, de hecho.
- b. Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- c. Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisión correspondiente».

Finalmente, conviene tener presente que la prestación del consentimiento “por representación” debe ser siempre la adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal.

4. Violación de derechos individuales: responsabilidades e indemnizaciones.

El “derecho al consentimiento informado”, si no se respeta por el médico o se cumple de modo insuficiente o defectuoso, puede dar lugar a la exigencia de responsabilidades, debido a que la falta de información *adecuada* haría imposible al paciente formarse una opinión consciente de todos los riesgos que supondría la intervención.

En consecuencia, el médico debe comunicar al paciente todas las posibles complicaciones que, de la intervención sanitaria, o con ocasión de la misma, puedan surgir, y ello con independencia de su carácter remoto o poco frecuente.

Esta obligación de obtener el consentimiento del paciente, después de habersele prestado la información adecuada, ha sido recalada en numerosas ocasiones por la jurisprudencia (por ejemplo, Sentencia del TS de 24 de mayo de 1996).

No obstante, la doctrina del Tribunal Supremo exceptúa de esta obligación legal aquellos supuestos de urgencia que *“hagan peligrar la vida del paciente o puedan causarle graves lesiones”*.

Fuera de estos supuestos excepcionales, los pacientes que no hayan sido adecuadamente informados podrían exigir responsabilidades y estas traducirse en las correspondientes indemnizaciones.

A los efectos de exigir responsabilidades, además de los supuestos de incumplimiento de la obligación de informar, habrá que añadir la consideración de los daños acontecidos con ocasión de la actividad sanitaria.

La responsabilidad puede ser civil, penal, administrativa, patrimonial y/ o deontológica.

La responsabilidad civil puede ser consecuencia del incumplimiento, o del cumplimiento inexacto, de las obligaciones contraídas mediante un contrato (art. 1.101 a 1.107 del Código Civil) o por causar daños incumpliendo el deber genérico que obliga a no causar daño a nadie, (“*neminem laedere*”), recogido en los arts. 1.902 a 1.910 del Código Civil.

Según el art. 1.101 del Código Civil, *“quedan sujetos a la indemnización de los daños y perjuicios causados los que en el cumplimiento de sus obligaciones incurrieren en dolo, negligencia o morosidad, y los que de cualquier modo contravinieren el tenor de aquélla”*.

“Dolo” equivale a intención, y se corresponde con la voluntad de no cumplir, en tanto que “negligencia” ha de ser entendida como comportamiento contrario al deber de diligencia, también denominada culpa. La “impericia” se configura como una subespecie de negligencia, y se define por la falta de los conocimientos necesarios para el ejercicio de una profesión, y que se suponen en todas las profesiones tituladas.

“Daño” es cualquier lesión de un derecho o interés legítimo. El daño puede ser material o no material.

El “daño material” afecta a bienes y derechos patrimoniales y comprende tanto el denominado *daño emergente*, esto es, el valor de la pérdida que haya sufrido el perjudicado, como el *lucro cesante*, entendiéndose por tal las ganancias perdidas o dejadas de percibir.

Por su parte son “daños no materiales o extrapatrimoniales”, aquellos que incluyen la muerte, los daños corporales y los daños morales.

Se entiende por “daño moral”, el dolor, la pena, el sufrimiento, la negación, la frustración, la angustia y la preocupación causados injustamente a otro y también es susceptible de indemnización, quedando su determinación al criterio discrecional de los tribunales.

Conviene tener en cuenta que la normativa penal dispone que toda persona responsable criminalmente lo es también civilmente, si del delito cometido se derivan daños o perjuicios (art. 116 CP), imponiendo a los tribunales la obligación de resolver sobre la responsabilidad civil derivada del delito en la misma sentencia en la que se determinen las responsabilidades penales, salvo que el perjudicado haya hecho expresa reserva de la acción civil para ejercitarla en un proceso posterior (arts. 108 a 117 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal).

La responsabilidad y las consiguientes reclamaciones indemnizatorias pueden plantearse por los pacientes frente a los Servicios Autonómicos de Salud. La base legal en este caso estaría en el *anormal funcionamiento de los servicios públicos*.

Ahora bien, la administración sanitaria, una vez satisfecha la indemnización al paciente perjudicado, podrá reclamar su importe (“acción de repetición”) al profesional o profesionales cuyo comportamiento doloso o culposos dieron lugar a los daños.

A todo ello habría que añadir la posible exigencia de responsabilidades en el plano corporativo o colegial en base a un posible incumplimiento de lo establecido en el Código de Deontología Médica (de 2011), reclamación que, en su caso, podría dar lugar a la inhabilitación para el ejercicio profesional.

Las reclamaciones por daños originados con ocasión de actividades sanitarias han ido aumentando en los últimos años. Se trata de un fenómeno que se está produciendo en la mayoría de los países de nuestro entorno.

En el caso de España se observa una notable disparidad de criterio de Jueces y Tribunales sobre este asunto, en particular en lo que se refiere a la cuantía de las indemnizaciones.

La carencia de un baremo que ayude a determinar el montante de estas fomenta la litigiosidad y genera inseguridad jurídica para los pacientes. Otro tanto cabe decir de los profesionales, de los gestores de Centros e Instituciones sanitarias, de las administraciones y de las Compañías de Seguros.

BOE BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
Núm. 228 Miércoles 23 de septiembre de 2015 Sec. I. Pág. 84473

I. DISPOSICIONES GENERALES
JEFATURA DEL ESTADO

Baremo 2016

10197 Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

FELIPE VI
REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente

En la actualidad esta notoria carencia se viene supliendo por una frecuente aplicación analógica del *baremo de accidentes de circulación*. Ahora bien, este baremo no contempla un buen número de secuelas, específicas del entorno sanitario. Por eso, en nuestro país se han promovido ya varias iniciativas para que se apruebe el referido “baremo sanitario específico”.

Si repasamos el panorama europeo actual, aunque sea de modo muy sumario, cabría decir que los baremos mejor contruidos, entre ellos el francés, el italiano o, más recientemente, el portugués, recogen en torno a 300 secuelas o daños y tienen carácter “orientativo”, esto es, no vinculante para los Tribunales.

En cuanto a España, hemos de decir que los baremos han tenido amplia acogida desde hace años y que, en general, han sido concebidos con el carácter de obligatorios. Entre ellos hay que mencionar:

- El Baremo de viajeros.
- El Baremo de lesiones permanentes no invalidantes derivadas de accidente de trabajo y de enfermedad profesional.
- El Baremo de tráfico o circulación.
- El Baremo de minusvalías o discapacidades.
- El Baremo para fijar el grado de dependencia, si bien este último no está orientado a fijar indemnizaciones, sino prestaciones, servicios y cuidados.

Sin embargo, nuestro legislador, tan generoso a la hora de establecer baremos, hasta ahora se ha mostrado un tanto renuente a aprobar la aplicación de la técnica de baremación a los daños sanitarios. Como se apuntaba, se han conocido ya hasta 7 borradores, más o menos desarrollados, de *baremos de daños sanitarios*, pero ninguno ha llegado a ser remitido como Proyecto de Ley al Congreso de los Diputados.