

bioètica & debat

TRIBUNA OBERTA DE L'INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA- Any XII- N. 44

Pacients amb veu pròpia

Canvi social i sanitat

En els darrers anys s'han produït transformacions substancials en els sistemes sanitaris moderns. Tanmateix, la sanitat viu en l'actualitat un canvi social sense precedents en la història de la huma-

nitat. Aquest canvi sobrepassa la capacitat dels diferents agents i professions sanitàries per a prendre decisions. Les diverses transformacions que promouen aquest canvi social són de tipus demogràfic, tecnològic, epidemiològic, econòmic, educatiu, laboral, judicial, mediàtic i polític. La intensitat d'aquestes transformacions afecten els valors de la ciutadania i, per tant, implica la necessitat d'una anàlisi ètica de l'impacte del canvi en l'atenció sanitària i en la salut de la població. Un dels principals agents d'aquest canvi és el nou rol de protagonistes dels sistemes sanitaris que adquireixen els ciutadans, representats majoritàriament pels malalts. En aquest sentit, els estudis fets des de l'any 2000 a la Fundació Biblioteca Josep Laporte (FBJL) en usuaris i pacients arreu de l'Estat espanyol indiquen la transició des d'un model de pacient passiu cap a un més actiu, que vol estar informat dels seus problemes de salut i, si és possible, prendre decisions envers l'atenció sanitària que ha de rebre. Aquesta activació dels pacients seria més visible inicialment en pacients joves, en pares de nens malalts i en fills de malalts grans. Sense cap dubte el segle XXI ens

porta uns ciutadans amb un nivell educatiu més alt, més interessats pels temes de salut i amb la possibilitat d'accedir a més informació sobre malalties i els seus tractaments mitjançant Internet.

El segle XXI ens porta uns ciutadans amb un nivell educatiu més alt, més interessats pels temes de salut i amb la possibilitat d'accedir a més informació sobre malalties i els seus tractaments per Internet

Val a dir que disposar de més informació no implica necessàriament estar millor informat, tan sols significa que es tenen més dades, la qual cosa exigeix una certa habilitat per destriar la informació realment útil de la que no ho és. A tall d'exemple d'aquesta sobredosi d'informació, una dada: el 16 de març de 2006, el cercador Google identificava 581 milions de webs sobre càncer.

La Declaració de Barcelona

L'eclosió d'un model de malalt més actiu es veu reflectida en el (passa a pàg. 3)

sumari

Pacients amb veu pròpia..... 1 a 5

Editorial:
"Relació clínica i CEAs" 2

Més enllà de la notícia:
Obstacles de la prescripció
infermera 6 i 7

Apunts per a una història
del Comitè de Bioètica
de Catalunya 8 a 10

Lleis autonòmiques
en matèria de drets
dels pacients 11 a 13

La Biblioteca de l'IBB 14 i 15

Agenda 16

TRIBUNA OBERTA
DE L'INSTITUT BORJA
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓ
Núria Terribas i Sala

MAQUETACIÓ I EDICIÓ
Ma. José Abella

CONSELL DE REDACCIÓ
Francesc Abel i Fabre
Jordi Craven-Bartle
Ester Busquets i Alibés
Jaume Terribas Alamego

DISSENY GRÀFIC
Elisabet Valls i Remolí

COL.LABORADORS
Marc Antoni Broggi
Ester Busquets
Albert J. Jovell
Sergio Romeo

IMPRES A:
Ediciones Gráficas Rey
DIPÒSIT LEGAL: B-29604-99

EDITAT PER:
Institut Borja de Bioètica
Fundació Privada
c/ Santa Rosa, 39-57 3a.
08950-Esplugues (BCN)
Telf. 93.600.61.06
Fax. 93.600.61.10
www.ibbioetica.org

editorial

Relació clínica i CEAs

La maduresa democràtica i el reconeixement de drets dels ciutadans a tots els nivells, ha tingut també la seva traslació en l'àmbit de l'assistència sanitària, modificant les relacions interpersonals i molt especialment la relació clínica, que en les darreres dècades s'ha vist profundament alterada. La recent promulgació de lleis que reconeixen l'autonomia del pacient i el respecte a la seva dignitat i intimitat, estan provocant un canvi radical en la percepció d'aquests drets i la seva exigibilitat. A més, el desenvolupament de la medicina i de la tecnologia estan generant una praxi mèdica altament tecnificada, amb possibilitat de perllongar molt més els processos i la vida de les persones, i això, juntament amb la consciència creixent del dret del pacient a participar en la presa de decisions, ha suposat la judicialització de la medicina, amb un creixement exponencial de les demandes judicials, generant alhora com efecte pernicios una medicina defensiva.

Un altre element que influeix en aquesta evolució és l'escassetat de recursos i la insuficiència manifesta per a fer front a la creixent demanda ciutadana, davant el reconeixement d'uns mateixos drets per a tothom i amb caràcter universal. Per això, gestors i professionals es veuen en la tesitura d'establir criteris i pautes de priorització dels recursos per a assegurar l'equitat en l'accés, derivats del principi de justícia.

Aquest conjunt de factors ha plantejat la necessitat de crear instàncies que siguin capaces d'aportar criteris d'ajuda als professionals de la salut, mitjançant l'elaboració de protocols i la discussió de casos per a la presa de decisions, davant situacions de conflicte per confrontació de valors i principis, amb l'objectiu últim de millorar la qualitat de l'assistència als seus pacients. Tot plegat, a través d'una estructura dins l'entramat organitzatiu d'una institució sanitària, mantenint sempre el seu caràcter consultiu i no vinculant i amb una composició pluridisciplinària, presidida per la capacitat de diàleg i escolta, amb intenció d'arribar a un consens sobre la qüestió debatuda. Alhora, cal que hi sigui present també el representant dels usuaris o pacients, posant sobre la taula els conflictes ètics de la pràctica assistencial que aquests plantejen.

Aquesta és la tasca del Comitè d'Ètica Assistencial, que a Espanya es varen començar a implantar als anys 90, a excepció del primer CEA a Barcelona (Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu) que treballava ja des de 1976. Moltes institucions hospitalàries de diferents nivells i també ja atenció primària, compten amb un CEA, i alguns amb una trajectòria de més de 10 anys, amb bons resultats. Tot i així, la implantació d'un CEA en un hospital no és tasca fàcil i no tots funcionen bé, amb independència de criteri i sense ingerències de tipus polític o gerencial. A Espanya estem lluny encara de comptar amb una xarxa assistencial pública, concertada i també privada, dotada majoritàriament de CEAs. Dels existents, n'hi ha alguns de "pura etiqueta", però que no compten amb el recolzament i credibilitat entre els professionals, altres que han fet l'intent d'iniciar-se però han fracassat i es mantenen en "estat vegetatiu" i altres que realment funcionen bé. També en aquesta qüestió l'àmbit territorial marca diferències, i així, Comunitats Autònomes que fa anys que hi han cregut, han fomentat la seva creació i impuls, amb activitats formatives i regulant els criteris d'acreditació. Aquest és el cas de Catalunya (1993), que compta ja amb més de 40 CEAs acreditats, o també el País Basc (1995). Poc a poc, però, altres CC.AA. com Navarra, Castella i Lleó, Madrid, València o Múrcia, han optat també per impulsar la creació de CEAs a nivell territorial. Considerem que és un bon signe de progrés si realment s'arriben a concretar, més enllà del Decret oficial, i en pocs anys aconseguim la seva extensió majoritària i amb bon funcionament.

(ve de pàg. 1)

desenvolupament d'un tercer sector que organitza les seves activitats per donar resposta a les necessitats dels malalts i dels seus familiars. Això suposa l'organització de la societat civil dins d'organitzacions que poden representar millor i de forma més propera els interessos de col·lectius específics, com ara són les associacions de pacients, les de familiars i les de voluntaris. Aquest associacionisme està fragmentat a Catalunya i a Espanya, i s'orienta al voltant de la defensa de malalties específiques. És per això que, amb la intenció de fomentar la col·laboració entre associacions i representar el fet de ser pacient, amb independència de patologies concretes, l'any 2003 és varen promoure i coordinar des de la FBJL diferents activitats relacionades amb les associacions de pacients.

■
*La Declaració de
Barcelona s'ha situat
com la primera Carta de
Drets dels Pacients
establerta a Espanya
per pacients i usuaris
de la sanitat*
■

La primera activitat va ser la *Declaració de Barcelona* de les Associacions de Pacients i Usuaris, promoguda per 50 organitzacions de pacients i usuaris al maig de 2003 (www.webpacientes.org).

Aquesta Declaració s'ha situat com la primera Carta de Drets dels Pacients establerta a Espanya per a pacients i usuaris de la sanitat. Posteriorment, un estudi realitzat per la FBJL va evidenciar que la major part de les lleis fetes a Espanya no inclouen els principis de la *Declaració de Barcelona*

o, si hi són, consten amb enunciats molt genèrics com si es tractés d'una declaració d'intencions més que d'una acció executiva promoguda pel poder legislatiu. Aquest és el cas de la participació dels pacients en l'organització de l'assistència sanitària, on les lleis que defensen aquest dret no desenvolupen els mitjans per a exercir-lo. D'altra banda, el dret a la informació no està contemplat en tota la seva extensió, sinó que està reduït a aspectes molt específics, com ara el consentiment informat o les voluntats anticipades.

Foro Español de Pacientes i Fòrum Català de Pacients

El consens al voltant de la *Declaració de Barcelona* va donar lloc a la creació el mes de desembre de 2004 del *Foro Español de Pacientes (FEP)*, una associació d'associacions de pacients, de familiars i de voluntaris que, a dia d'avui, agrupa 637 associacions arreu de l'Estat espanyol i 261.000 afiliats. El *Foro* és una organització que es situa en l'espai de convergència entre administracions públiques, proveïdors sanitaris, entitats professionals i científiques, mitjans de comunicació, empreses i ciutadania. El *Foro* té com a missió promoure els drets dels pacients, recollits a la *Declaració de Barcelona*, i la defensa del fet de "ser pacient". D'aquesta manera, les associacions que formen part del *Foro* es centren al voltant de malalties o grups de malalties específiques mentre el *Foro* s'orienta a fomentar la presa de consciència social envers el fet d'estar malalt i les seves circumstàncies. L'any 2005 el *Foro* va organitzar la "*Semana del Paciente*", que va in-

cloure el "*Día del Paciente en el Sistema Nacional de Salud*", el lliurament dels premis "*Valores, Salud y Sociedad*" a aquelles persones i institucions que destaquen per la seva trajectòria de promoció dels drets dels malalts, i el "*Primer Congreso Español de Pacientes*", que tindrà continuïtat en una segona edició aquest any. A principis de l'any 2006 el *Foro* ha fet pública la seva "Agenda Política" que recull 20 accions que permeten executar els principis enunciat en la *Declaració de Barcelona*.

■
*El Foro té com a
missió promoure els drets
dels pacients, recollits en la
Declaració de Barcelona,
i la defensa del fet de
"ser pacient"...s'orienta a
fomentar la presa de
consciència social envers
al fet d'estar malalt i
les seves circumstàncies*
■

Alhora, dissenya les seves accions a curt termini, essent les seves principals activitats en aquests moments la creació de Fòrums Autonòmics, com ara el *Fòrum Català de Pacients* que agrupa a 24 associacions i 31.000 afiliats, la promoció de l'Agenda Política i de la *Declaració de Barcelona*, la resposta a situacions específiques que copsin l'opinió pública, com ara ha estat la situació creada a l'Hospital de Leganés per l'aplicació de cures pal·liatives a pacients terminals, o les anomenades Llei del Medicament i Llei del Tabac.

Tanmateix, el *Foro* col·labora amb diferents Comunitats Autònomes i amb el govern central, donant suport a iniciatives de participació o a estratègies sanitàries

específiques, i valorant avantprojectes de llei.

La Universitat dels Pacients

El fet que el *Foro* hagi nascut dins d'un entorn acadèmic, com és el de la Universitat Autònoma de Barcelona i institucions afiliades, ha permès desenvolupar un projecte propi amb activitats orientades a promocionar els pacients, familiars i voluntaris, més preparats per la cura de la seva pròpia salut, o a altres persones afectades per una malaltia. És així com sorgeix la *Universitat dels Pacients (UP)*, iniciativa promoguda per la Universitat Autònoma de Barcelona i la Fundació Biblioteca Josep Laporte

(www.universitapacients.org).

La UP neix amb el convenciment de què quan s'augmenta el coneixement dels usuaris d'un servei augmenta també la qualitat del mateix. La seva missió és afavorir la igualtat d'oportunitats en l'accés a la informació sanitària i a una assistència de qualitat.

La missió de la UP és afavorir la igualtat d'oportunitats en l'accés a la informació sanitària i a una assistència de qualitat

Les activitats de la UP s'estructuren al voltant del concepte d'Aula, i cada Aula pot endegar activitats en les cinc àrees pròpies d'una universitat: **informació, formació, recerca, assessoria i acreditació**. A dia d'avui estan planificades 23 aules que s'organitzen per temàtica vertical, relacionada amb una malaltia o condició clínica com ara asma o salut mental, o temàti-

ca horitzontal, com ara drets dels malalts o innovació i recerca. Està previst que totes les aules incorporin al llarg de l'any 2006 una *microsite*, amb informació seleccionada sobre la seva àrea de referència, i iniciïn activitats de recerca i de formació. Entre els projectes ja desenvolupats destaca el cercador de la *microsite* "*Infoterapia*", que cerca informació mèdica en un àmbit de webs molt restringit i seleccionat segons criteris de qualitat. També destaca la inclusió de l'"*Observatori de Salut i Dona*" (www.salutidona.org) dins d'una aula específica.

La UP sorgeix de la col·laboració entre institucions i empreses, dins de l'àmbit de la responsabilitat social corporativa.

Activitats de la Universitat dels Pacients

Les primeres activitats de la UP han estat l'estudi "*Confianza en el Sistema Nacional de Salud*" i el "*Kit de visita médica en atención primaria*".

☛ L'estudi de "*Confianza en el Sistema Nacional de Salud*" ha estat realitzat conjuntament amb la universitat nord-americana de Harvard i es pot trobar dins l'*Aula Sanofi-Aventis de Drets dels Pacients* a la web de la UP. És una enquesta realitzada al novembre de l'any 2005 en una mostra de 3.010 espanyols majors de 18 anys. Els resultats d'aquest estudi han permès identificar diferents qüestions respecte al nostre sistema sanitari. En primer lloc, val a dir, que la confiança en les diferents professions i institucions sanitàries públiques és molt elevada si es compara amb altres professions

alienes a la sanitat o amb altres sectors de l'economia. Tanmateix, les expectatives dels espanyols respecte al seu sistema de salut han millorat en comparació amb les expressades en una enquesta realitzada l'any 1991. Amb tot, més de la meitat dels espanyols creuen que el seu metge d'atenció primària té limitada la capacitat de prescripció i que si necessitessin de forma no urgent els serveis d'un especialista haurien de romandre en una llista d'espera. També es mostren preocupats pel futur de la seva atenció sanitària. Tot i així, no són partidaris d'introduir mesures de copagament o d'incrementar els impostos, excepte en el cas del tabac i l'alcohol.

El principal problema dels espanyols és l'espera, en totes les seves dimensions: per a una intervenció quirúrgica, per a veure un especialista o per a una cita amb el metge de capçalera

D'altra banda, el principal problema dels espanyols és l'espera, en totes les seves dimensions: per a intervenció quirúrgica, per a veure un especialista o per a una cita amb el metge de capçalera. Sorprenentment, que la major part dels espanyols diu que en saben molt poc o res de com està organitzada l'atenció sanitària a Espanya; la meitat creu que la seva atenció sanitària la paga la Seguretat Social, cosa que no és així.

Aquest estudi de "*Confianza en el Sistema Nacional de Salud*" fa palès l'interès de la FBJL en la recerca de les opinions, experiències i actituds dels ciutadans, quelcom que es va iniciar l'any 2001

amb l'estudi "Análisis de las Necesidades de Información de las Mujeres en España". Aquesta enquesta realitzada en 6.528 dones majors de 16 anys va posar de manifest que 3 de cada 4 dones no rebien informació sobre temes de salut i, de les que en rebien, 3 de cada 4 no l'entenien. Les conclusions d'aquest estudi va posar en evidència que la dona es constitueix en l'agent de salut de la família i que té unes necessitats d'informació sanitària intel·ligible que no està ben atesa. En aquests moments la UP està realitzant una enquesta de salut i un estudi en dones espanyoles més grans de 50 anys, dins del projecte "Salut després dels 50".

El "Kit de visita médica" és un projecte avalat per les tres societats d'atenció primària i medicina general –SEMERGEN (*Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista*), SEMFYC (*Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*) i SEMG (*Sociedad Española de Medicina General*) – que es pot trobar dins l'Aula Esteve

de Comunicació Metge-Malalt i consisteix en el desenvolupament de materials que ajuden als pacients a preparar-se la visita amb el metge d'atenció primària.

Aquest "kit" representa l'inici d'un conjunt de projectes que intenten desenvolupar instruments que ajudin a optimitzar la visita mèdica i a facilitar una autocura més responsable de la salut per part dels pacients i cuidadors.

Altres projectes duts a terme per la UP són l'estudi del prospecte del medicament o l'alfabetització literària en cardiologia. Tanmateix, el FEP i la UP assessoren a diferents societats científiques i entitats privades en temes de pacients.

Finalment, la UP es planteja endegar a l'any 2006 activitats pròpies en l'àmbit de la formació, representades pel programa de pacients experts i el de pacients tutors. Ambdós programes pretenen formar pacients i voluntaris en malalties específiques, suposant el programa de tutor la qualificació de persones per a formar altres persones.

El conjunt del projecte de la UP intenta anticipar-se al fet de què els sistemes sanitaris moderns no podran atendre totes les necessitats dels pacients i que caldrà una societat civil per a assumir els reptes ètics de la solidaritat, la subsidiarietat i la responsabilitat.

Els sistemes sanitaris moderns no podran atendre totes les necessitats dels pacients i caldrà una societat civil per a assumir els reptes ètics de la solidaritat, la subsidiarietat i la responsabilitat

Finalment, la UP neix amb el propòsit de créixer en un sentit horitzontal mitjançant aliances amb altres institucions, i per tant no vol caminar en solitari.

ALBERT J. JOVELL

DOCTOR EN MEDICINA I CIRURGIA
LLCIAT. CIÈNCIES POLÍTiques I SOCIOLOGIA
DIRECTOR GENERAL
«FUNDACIÓ BIBLIOTECA JOSEP LAPORTE»
PRESIDENT «FORO ESPAÑOL DE PACIENTES»

La Universitat dels Pacients (UP) (www.universitattpacients.org)

Activitats/Aula:

Drets dels pacients:

☞ "Confianza en el Sistema Nacional de Salud" en l'Aula Sanofi-Aventis de Drets dels Pacients
Educació Sanitària:

☞ "Kit de visita médica en atención primaria" en l'Aula Esteve de Comunicació Metge-Malalt

Webs recomanades:

Webpacientes: www.webpacientes.org

Observatori de Salut i Dona: www.salutidona.org

Fundació Biblioteca Josep Laporte: www.fbjozlaporte.org

Obstacles a la prescripció infermera

Finalment després de nombrosos tràmits tant al Congrés com al Senat, es va aprovar, el propassat 29 de juny, la “Llei de Garanties i Ús Racional de Medicaments i Productes Sanitaris” coneguda com la “Llei del medicament”. És un text que rebutja la prescripció infermera, tot i que havia estat acceptada prèviament al Senat... això sí, amb l’oposició frontal tant del col·lectiu mèdic com del Ministeri de Sanitat, que dirigeix actualment Elena Salgado.

Per a situar-nos en el tema de la prescripció infermera, en primer lloc és important fer un aclariment terminològic que ens permeti veure quina és la diferència entre *prescriure* i *receptar*, ja que el titular periodístic propicia certament aquesta confusió.

Prescriure consisteix, d’acord amb la definició del Col·legi Oficial d’Infermeria de Barcelona, en “la capacitat de seleccionar i indicar medicaments i productes sanitaris, en benefici i satisfacció de les necessitats de salut de l’usuari i la població durant l’administració de les cures, sota criteris de bona pràctica clínica i judici clínic infermer, que els són atorgats per les seves competències”.

Receptar, en canvi, seguint la definició del Consejo General de Enfermería, vol dir “complementar un formulari que conté la medicació, o l’objecte de la prescripció que el personal sanitari indica a un pacient, acompanyant-lo d’instruccions genèriques sobre el seu ús, i que normalment s’exe-

La nova Llei del Medicament impedeix als infermers receptar

«Els infermers i els podòlegs seguiran sense poder prescriure fàrmacs. Només podran fer-ho els metges. Així ho estableix la llei del medicament, aprovada ahir definitivament al Congrés dels Diputats i que només va comptar en aquest punt amb el suport de 22 dels 309 vots emesos. (...)»

Els sindicats i col·legis d’infermers, amb el suport de les conselleries de sanitat de Catalunya, Madrid i Andalusia, reivindicaven l’empara de la llei per a unes 50 situacions o préstecs prescriptius que assegurin que els professionals d’infermeria fan diàriament. Es tracta de casos de seguiment de tractaments en què els infermers visiten el pacient i decideixen quin tipus de medicament, analgèsics en la seva majoria, s’han de prescriure».

El Periódico, 30 de juny de 2006

deix per a ser presentat en una farmàcia per a la seva adquisició”. La proposta de les infermeres se centra, doncs, en l’àmbit de la prescripció i no de la recepta, malgrat el que diu el titular del diari.

Un cop tractada la qüestió terminològica, és el moment de preguntar-se el per què d’aquesta reivindicació professional. Des del reconeixement universitari de la diplomatura en infermeria l’any 1975 la professió infermera no ha parat d’evolucionar. L’aprovació de les especialitats infermeres (Reial Decret 450/2005) i la propera titulació superior de grau, en són dos dels exemples més recents. Aquest desenvolupament professional ha ajudat les infermeres a adonar-se que el seu rol no es pot limitar a l’exercici d’unes funcions tècniques i delegades, sinó que ha d’anar molt més enllà. A banda d’aquesta tasca interdependent o de col·laboració les infermeres, gràcies a la professionalització, han pogut ampliar les

seves competències i el seu rol autònom.

Hi ha nombrosos estudis que mostren que la prescripció infermera beneficia tant a les persones ateses com als professionals infermers que presten l’atenció

Aquesta constant evolució ha propiciat molts canvis en l’exercici de la professió infermera, i alguns d’aquests canvis estan relacionats directament amb l’ús de fàrmacs i productes sanitaris. De fet, les infermeres d’atenció primària fan controls de medicació, prescriuen fàrmacs o altres productes sanitaris en atenció domiciliària, i també en l’assistència hospitalària les infermeres tenen l’autonomia necessària per a prescriure certs medicaments i en les dosis adequades, destinats a pal·liar alguns signes i símptomes, com el dolor, la temperatura elevada, les

nàusees, la diarrea... Tanmateix aquestes accions que s'estan portant a terme de forma habitual en el nostre sistema sanitari no estan regulades jurídicament. Sembla lògic, doncs, que la professió hagués llençat aquesta proposta per a regularitzar de forma legal la prescripció infermera. És per això que, des del moment que es va saber que s'estava discutint el projecte de llei de Garanties i Ús Racional de Medicaments i Productes Sanitaris, es va demanar la revisió de l'article 76 en el seu primer punt, el qual havia de reconèixer la facultat d'ordenar la prescripció de medicaments i productes sanitaris per part dels professionals d'infermeria.

Després de tot aquest esforç, les coses han quedat com estaven; la llei preserva la potestat de prescriure per als metges. En el Projecte de llei, s'afirma que: *“La recepta mèdica, pública i privada, i la prescripció hospitalària són els documents que assegurin la instauració d'un tractament amb medicaments per instrucció d'un metge o un odontòleg, únics professionals amb facultat per ordenar la prescripció de medicaments i productes sanitaris”*.

■
Després de tot aquest esforç, les coses han quedat com estaven; la llei preserva la potestat de prescriure per als metges
■

Malgrat tot, les infermeres han de tenir present que aquests esforços no han estat endebades, sinó que són només l'inici d'una reivindicació justa i assenyada que ha d'arribar a bon port. El que sí és clar és que caldrà continuar

treballant de valent perquè es reconegui primer, i es reguli després, aquesta competència professional de les infermeres.

A nivell internacional ja hi ha bastants països que han autoritzat la prescripció infermera: Austràlia, Canadà, Holanda, Estats Units, França, Nova Zelanda, Regne Unit, Suècia... i n'hi ha d'altres que s'ho estan plantejant, atesa l'experiència enormement positiva dels països que ja ho han autoritzat. Ha millorat l'atenció de les persones, s'ha aconseguit un ús més efectiu del temps i dels recursos, així com també la prescripció ha suposat un increment de la satisfacció i autonomia professional de les infermeres que realitzen aquesta tasca. Hi ha nombrosos estudis en aquest sentit, que demostrin que la prescripció infermera beneficia tant a les persones ateses com als professionals infermers que presten l'atenció.

■
La petició del col·lectiu infermer no aspira a envair competències d'altres professionals, sinó que vol que es reconegui que la infermera pot indicar i utilitzar determinats medicaments i productes sanitaris de forma autònoma i plenament responsable
■

La discussió i posterior aprovació de la llei del medicament era una bona oportunitat per dotar de legalitat una pràctica que, com hem dit, ja és un fet. Per a les infermeres –que consideren que estan capacitades per a assumir aquesta competència– és incomprendible que des de la pròpia Administració es bloquegi en aquest sentit el

desenvolupament professional d'aquest col·lectiu. La seva petició no aspira a envair competències d'altres professionals, sinó que vol que es reconegui que la infermera pot indicar i utilitzar determinats medicaments i productes sanitaris de forma autònoma i plenament responsable.

■
Les infermeres, descontentes amb el desenllaç d'aquesta proposta sensata, estan disposades a continuar lluitant perquè tard o d'hora es reconegui i es reguli de forma legal la prescripció infermera
■

Les infermeres, descontentes amb el desenllaç d'aquesta proposta sensata, estan disposades –a través dels òrgans col·legials– a continuar lluitant perquè tard o d'hora (i més aviat d'hora que tard) es reconegui i es reguli de forma legal la prescripció infermera. Una de les accions previstes podria ser la negativa a continuar amb la pràctica habitual i ja comentada de prescriure en determinats pacients i patologies, sobretot a l'àmbit de primària. Això suposaria una sobrecàrrega de treball per als metges i alhora nombroses disfuncions i retards en l'atenció als pacients... tot i així, com a mesura de pressió potser forci a fer algun replantejament, si bé, aprovada ja la llei, hauria de ser a través del reglament que la desenvolupi. Cadrà veure-ho!

ESTER BUSQUETS

LICENCIADA EN FILOSOFIA
DIPLOMADA EN INFERMERIA
RESPONSABLE D'INFERMERIA DE L'IBB
PROFESSORA DE BIOÈTICA - UNIV. DE VIC

Apunts per a una història del «Comitè de Bioètica de Catalunya»

Sempre és bo de conèixer la història del que ens envolta. Ja hi ha bons treballs sobre l'origen de la bioètica a casa nostra (1, 2 i 3)... Ara es tracta només d'afegir algun apunt sobre la progressió i les etapes del *Comitè de Bioètica de Catalunya*.

Antecedents

Com a punt d'inici podem considerar fonamental el Simposi sobre "*La Bioètica i els seus Comitès*" que va organitzar el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya l'abril de 1991. Cal dir, però, que abans existien petits cercles d'iniciats o de precursors. Per ser justos hauríem d'assenyalar-ne alguns.

El més evident és el cas del Dr. Francesc Abel, fundador de l'*Institut Borja de Bioètica* l'any 1976 i el seu actual president, veritable "corredor de fons" que, en solitari, ja portava 15 anys amb un comitè d'ètica hospitalari (Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu), una revista regular "*Bioètica & Debat*" i dotant una biblioteca especialitzada sobre el tema.

Recordo també a alguns professionals, com el Dr. Jordi Gol, que ja reclamaven la necessitat d'entendre la curiositat que apliquem a la ciència i al cas clínic a l'anàlisi dels valors i dels objectius de la professió. També esmentaríem el treball del grup CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris - 1983), i dels posteriors *Quaderns CAPS*. Tots ells són exemples de sensibilitat pels canvis que es produïen o s'havien de produir.

A aquests nuclis s'hi van afegir les incipients unitats de Qualitat i d'Atenció a l'Usuari dels hospitals, que varen contribuir a que fos necessària una nova responsabilitat vers els malalts, cosa que es va reafirmar amb la formulació d'uns drets dels malalts a la *Ley General de Sanidad* de 1986, la *Ley del Medicamento* de 1990 -avui ja modificada- i la *Carta de Drets i Deures dels pacients a Catalunya* de 1983. Finalment, l'arribada de la bioètica americana va ser decisiva, i el primer llibre de Diego Gracia el 1989, "*Fundamentos de la Bioética*", en va ser un vehicle important, així com també ho va ser de la bioètica europea la creació del CAHBI (Comitè ad hoc per a la Bioètica) del Consell d'Europa, que va celebrar el seu primer simposi l'any 1989, estímul directíssim per a molts de nosaltres.

L'instrument operatiu i socialment més creïble va ser el Comitè com a àmbit multidisciplinari de deliberació pluralista

El primer Simposi de 1991 esmentat va ser una ocasió per a reconèixer i aprofitar aquests antecedents, i a la vegada va ser una aproximació a les possibilitats de la bioètica a casa nostra. Per primer cop ens vàrem reunir gent amb "tarannà" bioètic, encara que la seva motivació fos diferent: alguns veïen la Bioètica com una disciplina cada cop més estructurada, altres com una metodologia útil per algunes decisions difícils,

i majoritàriament, com la necessitat d'una nova cultura per a adoptar millors actituds en l'àmbit clínic. Tots vàrem estar d'acord en que s'havia d'entendre com un abordatge racional i metòdic als problemes biomèdics o sanitaris quan hi ha en joc valors personals o socials. El que la definia millor era l'anàlisi de la complexitat i que el diàleg era la seva forma bàsica de treball. Resultava doncs lògic que l'instrument operatiu i socialment més creïble fos el Comitè d'Ètica o Bioètica, com a àmbit multidisciplinari (no corporativista) i de deliberació plural (no homogeni ideològicament).

Es va constatar que els Comitès podien ser una ajuda en els llocs on sorgeixen els problemes, tant per a millorar la presa de decisions clíniques com per a evitar abusos en la investigació. Ja era possible recomanar-los si tenien les característiques pertinents.

Es va estar d'acord en què les característiques pròpies de diàleg obert havien de prevaldre ja des del començament; i que, per tant, una Comissió Central, ja d'entrada plural i pluridisciplinària, hauria d'estudiar les formes d'incentivar-los i avaluar-ne els requisits.

Finalment, es va consensuar que la formació en bioètica era fonamental per augmentar la comprensió de la realitat i dels seus canvis, i els Comitès havien de ser-ne promotors. Les aportacions del Dr. Francesc Abel i Diego Gracia foren clarificadores al respecte.

El Simposi va acabar acordant uns objectius, definint uns mit-

jans i programant unes etapes. Curiosament tot es va dur a terme, i al cap de tres mesos ja s'havia programat a l'*Institut d'Estudis de la Salut* un curs anual, s'havia format la *Societat Catalana de Bioètica* a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, al servei d'altres societats científiques i per agrupar a tots els interessats, i el 3 de juliol de 1991 es va constituir la peça clau: una *Comissió Assessora de Bioètica del Departament de Sanitat*.

Comissió Assessora de Bioètica

Aquesta *Comissió Assessora*, creada per una resolució, fou dirigida pel qui llavors era màxim responsable de la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària, Dr. Bosch Banyeres, amb una composició extreta en gran part dels participants en el Simposi. Es pot considerar doncs com una comissió promotora de la bioètica a Catalunya, que es va dedicar a dotar-nos d'instruments útils, tant a nivell local com central. D'ella va sortir-ne l'*Ordre d'acreditació dels Comitès d'Ètica en la Investigació Clínica -CEICs-* (DOGC de 1992) i més tard dels *Comitès d'Ètica Assistencial hospitalaris -CEAs-* (DOGC de 1993), sempre amb un debat col·lectiu. I el seu fruit fou immediat: a l'empara d'aquestes disposicions, sorgiren els CEICs per augmentar la seguretat dels subjectes sotmesos a recerca i el rigor dels promotors i dels investigadors, actualitzant així els antics Comitès d'Assaigs Clínics, d'acord amb la "*Ley del Medicamento*", acabada de promulgar, i amb el seu projecte de reglament.

També varen aparèixer alguns

CEAs, sense cap imposició i adaptant-se prudentment a la demanda de cada lloc, però amb els requisits mínims regulats per tal d'evitar possibles perversions. La creació de nous nuclis més o menys actius en centres públics i privats va anar estenent el debat bioètic com taca d'oli. Ara a Catalunya ja hi ha uns 40 CEAs i uns 35 CEICs acreditats.

Amb el temps aparegueren altres iniciatives, sobretot pedagògiques: cursos, seminaris i màsters. Cal destacar el "*Mestratge i Diplomatura en Bioètica*" de l'Institut Borja de Bioètica, inicialment en col·laboració amb la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) i des de l'any 2000 com a Universitat Ramon Llull; el Mestratge de la Universitat de Barcelona (UB) sobre "*Bioètica i Dret*", y també el postgrau de la UB sobre "*Qualitat de Vida*". De cadascun d'ells van anar sorgint promocions influents i, precisament per tal d'incorporar nous elements valuosos, la Comissió va voler obrir una segona etapa més estable i oberta.

D'aquesta manera, l'any 1995 va aparèixer l'Ordre de creació de la *Comissió Assessora de Bioètica* que després adoptaria el nom de Comitè de Bioètica de Catalunya. Estava dirigida o presidida pel Dr. Lluís Monset i, al seu voltant, s'hi agruparen també altres grups creats *ad hoc* per problemes concrets: la *Comissió Assessora pel Tractament de la Informació Confidencial -CATIC-* i la *Comissió Assessora sobre Tècniques de Reproducció Humana Assistida -CTRHA-*, ambdues de caràcter permanent i en funcionament fins avui.

Un cop vàrem dotar els instruments necessaris, l'esforç de la Comissió en aquesta segona etapa es

va poder dirigir més obertament a les necessitats dels ciutadans, a atendre consultes i a donar-se a conèixer. Un exemple del que diem va ser l'esforç fet per tal d'impulsar i estendre el Consentiment Informat com a expressió pràctica i urgent dels drets del pacient. La convocatòria d'un segon Simposi sobre el tema el 1995 va ser útil en aquest sentit i, seguint les seves conclusions, la redacció d'una guia per a la bona utilització, que es va presentar públicament arreu de Catalunya.

■
La Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica no hauria sortit sense una sòlida cultura bioètica
■

En quasi tots els àmbits el tema central va començar a girar al voltant del concepte bàsic d'autonomia personal i de la transformació revolucionària que això suposava en la pràctica, amb les dificultats que trobàvem en el nostre medi i el perill de la medicina defensiva. No podem citar ara totes les aportacions, tant de consultes, com de jornades de debat. Solament direm que aquesta reflexió col·lectiva culminà de fet en una proposta legislativa, confeccionada en gran part des del Comitè.

Primer va ser la proposta que el Parlament va fer al Comitè el febrer de 1997, per tal que redactés un informe sobre les possibilitats de posar en marxa "un testament vital". L'informe va estar enllestit a finals d'any, després d'estudiar aportacions de moltes persones compareixents, i es presentà al

Parlament recomanant una llei que permetés la seva utilització correcta, que s'adoptés el nom de *Voluntats Anticipades*, que s'assenyalessin els requisits i que contemplés la figura del representant. Es va treballar tot seguit en el projecte de llei que, finalment, actualitzà alguns drets bàsics del pacient, estenent-la a corregir mancances de la LGS, seguint sobretot el camí del recent Conveni de Bioètica del Consell d'Europa, i aprofitant unes jornades d'estudi entre el Consejo General del Poder Judicial i el Ministeri de Sanitat sobre la necessitat de regularitzar també la història clínica.

Aquest treball constituí l'estructura, i la millor part, del que va ser la *Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica* (que va haver d'esperar dos anys degut a una dissolució d'aquell Parlament...). Com tots sabem, en aquesta llei es vol garantir el dret a la informació, l'acceptació o rebuig d'una determinada actuació sanitària, l'accés a la història, el dret a la intimitat, i a anticipar aquesta voluntat en un document. Una llei així no hauria sortit sense una ja sòlida cultura bioètica, i bona mostra de la seva qualitat és que ha estat imitada arreu d'Espanya, fins i tot per la Llei bàsica 41/2002.

L'any 2000 es va constituir una nova Comissió, més àmplia, més representativa, però més complexa; i encara dirigida, en aquesta tercera etapa, per la Direcció General de Recursos Sanitaris, en aquest cas pel Dr. Eugeni Sedano, i amb quasi el doble de components.

L'operativitat es va mantenir gràcies als grups de treball amb ex-

perts externs. Em sap greu no poder referir totes les persones que es van dedicar *gratia et amore* a ells: professionals de la salut (de medicina i d'infermeria) de les humanitats, del dret i de la gestió. A tots ells els devem agraïment.

Una mostra de la quantitat de temes treballats amb rigor seria esmentar alguns documents elaborats: Ingress involuntari, renovació de la guia de Consentiment Informat, guia per a la Formació en bioètica, consideracions sobre el document de Voluntats Anticipades, problemes ètics en la Demència avançada, Medecines no convencionals, Informació sanitària i mitjans de comunicació i Emmagatzematge de teixits i de mostres biològiques. Ha estat un treball indiscutible.

El problema que va anar emergint en aquesta tercera etapa va ser el de la independència, i amb el darrer canvi de govern, l'any 2005 es remodela de nou el Comitè, passant la seva presidència a una persona externa a l'Administració. El nou *Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya* (nom que ja denota una voluntat de seguir l'estela del comitè francès) és més gran, guanyant en diversitat però potser perdent en operativitat: són gairebé 40 membres, el doble d'abans i el triple del que hi havia en l'origen. El pes de l'Administració, ha crescut molt, doncs de fet, hi són quasi bé totes les Conselleries. No és que això sigui un perill directe per a la seva independència, però és evident que el sector públic té la inèrcia de defensar sempre l'interès sectorial d'on prové en lloc de fer sentir la veu personal. Si es troben formes imaginatives de treball, tant de redacció (i es fa amb els grups de treball) com de consens, si s'esquiven al-

guns esculls, com són la delegació, la votació numèrica, la pura estratègia o el pactisme simple, i si es té temps d'anar cuallant una tradició de diàleg respectuós en comú, aquesta nova etapa podria ser més valenta que abans i podria aprofundir en alguns temes socialment esperats.

La necessitat d'un Comitè de Bioètica central ja no pot ser discutida. En ell hi conflueix una constel·lació prou variada de punts de vista com per a poder adquirir una veu representativa de debò. Teòricament és on el diàleg pot ser més plural i, per tant, on la salvaguarda del ciutadà pot ser garantida amb menys biaixos. És bo, doncs, que continuï sent un grup estable on hi hagi un hàbit de deliberació operativa, reflexiva i decisòria a la vegada.

Aquest seria un resum sintètic i a grans trets de la progressió del Comitè de Bioètica, des dels seus orígens el 1991 fins arribar al dia d'avui. Sentim que falta però una relació més detallada on hi quedin reflectides totes les persones que hi han col·laborat ... És un acte de justícia que tenim pendent.

MARC ANTONI BROGGI

CAP DEL SERVEI DE CIRURGIA GENERAL
HOSPITAL UNIV. GERMANS TRIAS I PUJOL
MEMBRE DEL «COMITÈ CONSULTIU DE
BIOÈTICA DE CATALUNYA»

Cites Bibliogràfiques:

(1) Broggi M.A.; Abel, F. *La Bioètica a Catalunya*. Salut Catalunya. 1991. 5: 149-151.

(2) Abel, F. *El diàleg bioètic albirant el tercer mil·lenni*. Discurs de recepció com a Acadèmic Numerari en la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona, 9 de maig de 1999.

(3) Abel, F. *Bioètica: orígenes, presente y futuro*. Editorial Mapfre. Madrid, 2000

Lleis autonòmiques en matèria de drets dels pacients

En els darrers anys s'han aprovat un important nombre de lleis autonòmiques que regulen els drets dels pacients i usuaris dels serveis de salut. Concretament, de les 17 Comunitats Autònomes de l'Estat espanyol, 15 ja han regulat aquesta qüestió. No obstant això, no podem oblidar que existeix una Llei estatal que s'ocupa d'aquesta mateixa matèria i que té el caràcter de llei bàsica, és a dir, és d'aplicació obligada per a totes les Comunitats Autònomes, les quals podran completar-la en aquells aspectes sobre els que aquesta no es pronuncia o requereix un desenvolupament, però no poden contradir-la.

Es tracta de la *Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica*.

Per tant, no podem fer una anàlisi independent de cadascuna de les lleis autonòmiques sense tenir en compte la Llei estatal i sense destacar la relació existent entre aquests textos i els efectes de la seva eventual contradicció amb la norma estatal (1).

Caràcter bàsic de la Llei 41/2002: efectes i legitimitat competencial

La Constitució i els Estatuts d'autonomia recullen una sèrie de matèries en les quals la regulació jurídica bàsica s'atribueix a l'Estat, mentre que el seu desenvolupament normatiu i execució són atribuïts a les Comunitats Autònomes. En aquest marc, la legisla-

ció completa sobre una matèria es nodreix de normes de dos ordenaments diferents: l'estatal, que estableix les bases de l'ordenació; i l'autonòmic, que desenvolupant aquestes bases completa aquesta ordenació.

Segons la Disposició Addicional Primera de la Llei 41/2002, "*aquesta Llei té la condició de bàsica*".

Aquesta condició assegura a tots els ciutadans de l'Estat les mateixes garanties, evitant així la coexistència de legislacions divergents en una qüestió de tanta transcendència

Aquesta condició assegura a tots els ciutadans de l'Estat les mateixes garanties, evitant així la coexistència de legislacions divergents en una qüestió de tanta transcendència com la regulada en aquesta Llei. No obstant, també és cert que això redueix la capacitat d'actuació de les Comunitats Autònomes en matèries, com la de sanitat en aquest cas, que tenen transferides des de fa anys, i això genera el dubte de fins on l'Estat pot regular-ho amb caràcter bàsic.

En principi, doncs, les Comunitats Autònomes podran desenvolupar aquells àmbits que assenyalen la norma bàsica i completar, d'acord amb aquesta, els que no tinguin una regulació específica, però no podran legislar en contra de la regulació estatal, que s'imposa a tot el territori per tal de garantir la igualtat del servei sanitari a tots els ciutadans, sigui quin

sigui el seu lloc de residència.

Els drets dels pacients en la Llei bàsica i en la legislació autonòmica

D'acord amb el que s'ha exposat, els drets dels pacients estan continguts amb caràcter general en la Llei bàsica 41/2002. Les lleis autonòmiques han de reconèixer-los i, si escau, desenvolupar-los, no podent regular la mateixa matèria de forma diferent.

Hi ha altres punts de les normatives autonòmiques que no són homogènies amb l'estatal, generant certa confusió i inseguretats jurídica.

Tal com dèiem a l'inici, gairebé totes les Comunitats Autònomes disposen avui d'una legislació que formula, de forma més o menys extensa, els drets dels pacients. Cal dir, però, que la Llei bàsica no va néixer primer, desenvolupant-se després les normes autonòmiques, sinó que va ser Catalunya la pionera, amb la promulgació de la Llei 21/2000. Després, altres autonomies, com Galícia, Madrid o Extremadura varen seguir els seus passos elaborant lleis sobre la temàtica, i va ser l'any 2002 quan es fa la proposta de llei al Parlament Espanyol que va adoptar bona part del contingut de la llei catalana (cal dir que en alguns articles amb una mala traducció que la fan difícilment entenedora), afegint algunes qüestions complementàries, però donant-li el caràcter de llei

bàsica. Aquesta gènesi de la llei estatal explica el fet que les normes autonòmiques, majoritàriament, reproduïen allò que estableix la Llei bàsica 41/2002 -en el cas de Catalunya hauríem de dir que la llei bàsica reproduïx la llei catalana- i, en alguns casos la desenvolupen en alguns aspectes. Tot i així, no hi ha una homogeneïtat en algunes qüestions, i això genera dubtes i inseguretats.

A tal d'exemple, una de les novetats que recull la Llei bàsica 41/2002 és la relativa a les voluntats anticipades, si bé regulada en l'art. 11 sota el nom d'"instruccions prèvies". Segons l'apartat primer de l'esmentat art. 11, *"pel document d'instruccions prèvies, una persona major d'edat, capaç i lliure, manifesta anticipadament la seva voluntat, amb l'objectiu que es compleixi quan arribi a situacions en les que no sigui capaç d'expressar-la personalment, sobre les cures i el tractament de la seva salut o, sobre el destí del seu cos o dels òrgans un cop hagi mort"*.

Les Comunitats Autònomes podran desenvolupar aquells àmbits que assenyala la norma bàsica i completar, d'acord amb aquesta, els que no tinguin una regulació específica, però no podran legislar en contra de la regulació estatal

Aquesta qüestió, que ha estat regulada també per les Comunitats Autònomes, no té una formulació igual a tots els textos, especialment pel que fa a la capacitat per a emetre aquestes instruccions i pel que fa als requisits formals. Així, tenen un redactat d'acord amb el que fixa la Llei

bàsica 41/2002: la Llei 21/2000 de Catalunya que es refereix a la *"persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure"*, la Llei 12/2001 d'Ordenació Sanitària de la Comunitat de Madrid, la Llei 10/2001 de Salut d'Extremadura, la Llei 6/2002 de Salut d'Aragó, la Llei 2/2002, de Salut de La Rioja, la Llei 7/2002 de Voluntats Anticipades del País Basc, la Llei 7/2002 d'Ordenació Sanitària de Cantàbria, o la Llei 8/2003 de Drets i Deures dels usuaris de la sanitat de Castella i Lleó.

En canvi, la Llei Foral 11/2002 sobre Voluntats Anticipades i documentació clínica de Navarra, es refereix a *"persona major d'edat o un menor al que se li reconeix capacitat d'acord amb la present Llei Foral"*. De forma semblant es pronuncia la Llei 1/2003 de la Comunitat Valenciana sobre drets i informació al pacient, que permet formular la seva voluntat anticipada a la *"persona major d'edat o menor emancipada"*.

Igual que en aquesta qüestió, hi ha altres punts de les normatives autonòmiques que no són homogenies amb l'estatal (en temes de documentació clínica, respecte al dret a la informació i el privilegi terapèutic, en matèria de decisió dels menors d'edat, etc.), generant certa confusió i inseguretat jurídica.

Efectes de la contradicció Llei bàsica - Lleis autonòmiques

Tal com s'ha exposat, existeixen discrepàncies entre la llei bàsica i les lleis autonòmiques, cosa que necessàriament ens porta a plantejar quina d'elles serà d'aplicació preferent. Per a clarificar aquesta

qüestió cal diferenciar si la norma autonòmica que contradiu el que disposa la Llei bàsica estatal és anterior o posterior a aquesta:

Si la norma autonòmica és anterior a la Llei bàsica 41/2002,

aquesta perd, en virtut de les variacions introduïdes per la llei bàsica estatal, la seva eficàcia, de manera que es produiria un *"desplaçament"* de la norma autonòmica antiga per la norma estatal actual, quedant inaplicable en els punts contradictoris. En aquest sentit, assenyala la STC 32/1981, de 28 de juliol, que *"aquesta legislació de les Comunitats (...) pot quedar parcialment invalidada per les normes bàsiques que, dintre de la seva competència, estableixi (...) el legislador estatal"*. En el mateix sentit es pronuncia més recentment, la STC 173/1998, de 23 de juliol: *"L'art. 149.1.1 CE habilita, doncs, l'Estat per a regular el contingut primari, les facultats elementals i els límits essencials en allò que sigui necessari per a assegurar una igualtat dels espanyols (...). La legislació que en base a aquest precepte constitucional pugui dictar l'Estat haurà de ser sens dubte respectada pel legislador autonòmic (...). No obstant això, mentre que aquesta legislació estatal no s'hagi dictat, resultarà molt difícil atribuir a la legislació autonòmica una invasió competencial, ja que l'art. 149.1.1 CE, més que delimitar un àmbit material exclouent de tota intervenció de les Comunitats Autònomes, el que conté és una habilitació perquè l'Estat condicioni-mitjançant, precisament, l'establiment d'unes «condicions bàsiques» uniformes- l'exercici d'aquestes competències autonòmiques amb l'objecte de garantir*

la igualtat de tots els espanyols en l'exercici dels seus drets i en el compliment dels seus deures constitucionals. Per tant, si l'Estat considerés necessari establir en el futur aquestes condicions bàsiques i al dictar-les aquestes entressin en contradicció amb preceptes de lleis autonòmiques en vigor, aquestes últimes quedarien automàticament desplaçades per aquelles (...).

■ **Si la norma autonòmica és posterior a la Llei bàsica 41/2002**, podria esdevenir inconstitucional per a regular una matèria sobre la qual no té competència. Així ho ha assenyalat també el propi Tribunal Constitucional, segons s'afirma a la STC 61/1993, de 18 de febrer, «en el judici de constitucionalitat (...) es tracta de valorar l'existència d'una antinomia entre la norma bàsica estatal i la norma autonòmica, que en cas d'existir ha de ser corregida i reparada per aquest Tribunal, mitjançant la declaració d'inconstitucionalitat(...)».

■ *El jutge ordinari no pot inaplicar una llei autonòmica, que presumptament vulneri la legislació bàsica, ja que aquest tipus d'actuació correspon exclusivament al Tribunal Constitucional*

També en altres sentències es recull la idea d'inconstitucionalitat de naturalesa mediata o indirecta, quan no deriva d'una contradicció frontal amb la Constitució, sinó de no adaptar-se el legislador autonòmic a les previsions d'una Llei bàsica. En aquest sentit es pronuncien les SSTC 60/1993, de 18 de febrer, i 163/1995, de 8 de novembre. Segons aquesta últi-

ma, «la inconstitucionalitat que es denuncia, si s'arribés a apreciar, derivarà de la infracció per la llei autonòmica de l'ordre constitucional de distribució de competències, si bé aquesta infracció serà mediata o indirecta...». No obstant això, el jutge ordinari no pot, per si mateix, inaplicar una llei autonòmica que presumptament vulneri la legislació bàsica, ja que aquest tipus d'actuació correspon exclusivament al Tribunal Constitucional, que té el monopoli del control de la constitucionalitat de les normes. Això suposa que, mentre aquesta regulació no sigui «expulsada» de l'ordenament jurídic, d'acord amb el procediment legalment establert, serà d'aplicació.

■ *En el cas de plantejar-se aquest conflicte de competències per part de l'Estat, el Tribunal Constitucional analitzarà amb caràcter previ si la norma estatal que opera com a cànon en el control de constitucionalitat de la llei autonòmica té, en efecte, caràcter bàsic*

En el cas de plantejar-se aquest conflicte de competències per part de l'Estat, el Tribunal Constitucional analitzarà amb caràcter previ si la norma estatal, que opera com a cànon en el control de constitucionalitat de la llei autonòmica, té caràcter bàsic. En efecte, el fet que el legislador estatal qualifiqui de «bàsica» una norma no suposa que necessàriament ho sigui, doncs és imprescindible que revesteixi materialment aquest caràcter (SSTC, 213/1988, de 11 de novembre, 259/1988, de 22 de desembre, 109/

1998, de 21 de maig).

Sobre aquesta base, s'ha plantejat el dubte sobre la constitucionalitat de la Llei bàsica 41/2002, per atorgar aquest caràcter a certes disposicions, excedint-se de l'atribució competencial fixada en la Constitució a l'Estat, al regular matèries que són competència de les Comunitats Autònomes. La determinació d'aquesta circumstància correspon també, en exclusiva, al Tribunal Constitucional, que haurà de resoldre cas per cas (SSTC 102/1995, de 26 de juny i 156/1995, de 26 d'octubre). Així, el Parlament de Catalunya va acordar el 13 de febrer de 2003, la presentació d'un recurs d'inconstitucionalitat contra l'article 14.2, 17.4, 21, segon incís de l'apartat 1, i la Disposició Addicional Primera de la Llei bàsica 41/2002, que resta pendent de resolució.

Caldrà veure com queda finalment la seva validesa, si bé entretant coexisteix l'aplicació d'ambdues normes.

SERGIO ROMEO

DOCTOR EN DRET
CENTRE DE DRET I GENÈTICA
UNIVERSITAT DE TASMANIA - HOBART (AUSTRÀLIA)
INVESTIGADOR CÀTEDRA INTERUNIVERSITÀRIA
DE DRET I GENOMA HUMÀ
UNIV. DE DEUSTO / UNIV. PAÍS BASC

(1) Aquesta qüestió l'he abordat més extensament en el meu treball *“Efectos jurídicos de la contravención por parte de las Comunidades Autónomas de la legislación básica estatal en materia de derechos de los pacientes”*, a J.M. Vidal Beltrán; M. A. García Herrera (coords.), *“El Estado Autonomico: integración, solidaridad, diversidad”* Volum II, Colex-INAP, Madrid, 2005, pàg. 367-380.

La biblioteca de l'IBB

**En aquest número donem a conèixer una selecció de les monografies
que hem incorporat a la biblioteca de l'Institut des
d'abril a juny de 2006, i que per la seva temàtica poden ser d'interès**

❖ Bátiz, J.; Becerra, I.; Santisteban, I.; Gómez, J. *Mi vida al final de su vida: Cómo cuidar a un enfermo en fase terminal*. Santurce (Vizcaya) Hospital San Juan de Dios, 2003.

❖ Bindé, Jérôme (dir) *Cap on van els valors?: 51 intel·lectuals reflexionen sobre el civisme, l'educació i els valors en el llindar del segle XXI*. París: Angle Unescocat, 2005.

❖ Botbol-Baum, Mylène [dir.] *Bioéthique dans les pays du sud*. Paris: L'Harmattan, 2005.

❖ Bruinius, Harry. *Better for all the world: the secret history of forced sterilization and America's quest for racial purity*. New York: Knopf, 2006.

❖ Burnard, Philip; Chapman, Christine. *Professional and ethical issues in nursing*. Edinburgh: Baillière Tindall, 2005.

❖ Busquets, Ester; Mir, Joan, *Infermeria i drets i deures dels malalts i Infermeria i secret professional*. Esplugues de Llobregat: Institut Borja de Bioètica-Universitat Ramon Llull, 2006.

❖ Camps Cervera, Victoria; López i Casasnovas, Guillem; Puyol González, Angel. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2006.

❖ Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria. *Codi d'ètica d'infermeria - Código de ética de enfermería*. Barcelona. Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria, 2006.

❖ Consejo Internacional de Enfermeras. *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Ginebra: , 2006.

❖ Davis, Anne [ed.]; Tschudin, Verena [ed.]; Raeve, Louise de [ed.]. *Essentials of teaching and learning in nursing ethics: Perspectives and methods*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2006.

❖ Esquirol, Josep M. *El respeto a la mirada atenta:*

Una ética para la era de la ciencia y la tecnología. Barcelona: Gedisa, 2006.

❖ Fernández Martos, Bernardo. *Fundamentos de reproducción asistida para enfermería*. (Alicante) Unidad Reproducción Asistida. Clínica Vistahermosa de Alicante, 2006.

❖ Fundación de Ciencias de la Salud. *Guía de ética en la práctica médica: Intimidación, confidencialidad y secreto*. Madrid: Ergon, 2005.

❖ Garrafa, Volnei (coord.); Kottow, Miguel H. (coord.); Saada, Alya (coord.) *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México: Instituto de Investigaciones Científicas, 2005.

❖ Garrido Sanjuán, Juan Antonio. *Acortar la vida sin acortar la muerte*. Madrid: PPC, 2006.

❖ Levi, Ragnar. *Medical journalism: Exposing fact, fiction, fraud*. Ames, Iowa: Iowa State University Press, 2001.

❖ Lolas, Fernando [ed.]; Quezada, Álvaro [ed.], Rodríguez, Eduardo [ed.] *Investigación en salud: Dimensión ética*. Chile: CIEB, Univ. de Chile, 2006.

❖ Lozano Barragan, Javier. *Metabioética y biomedicina: Síntesis de principios y aplicaciones*. Ciudad del Vaticano: 2005.

❖ Lucas Lucas, Ramón. *Explicame la bioética: guía explicativa de los temas más controvertidos sobre la vida humana*. Madrid: Palabra, 2005.

❖ Lugton, Jean; McIntyre, Rosemary. *Palliative care: the nursing role*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2005.

❖ Matesanz, Rafael. *El milagro de los trasplantes: de la donación de órganos a las células madre*. Madrid: La Esfera de los libros, 2006.

❖ Meilaender, Gilbert. *Bioethics: A primer for Christian*. Grand Rapids, Michigan: Eerdmans, 2005.

- ❖ Mencía Seco, V.R.; Díez Cagigal, R.A. *Manejo del enfermo terminal en su domicilio: Actitudes y aptitudes de los profesionales ante la enfermedad, la agonía y la muerte*. Alcalá La Real, Jaén: Formación Alcalá, 2006.
- ❖ Méndez Baiges, Víctor; Silveira Gorski, Héctor Claudio. *Bioètica i dret*. Barcelona: UOC, 2005.
- ❖ Molina, Núria. *Relación de propuestas de reforma del sistema de instituciones internacionales*: Compilado por el Secretario Ad Hoc de UBUNTU, Diciembre 2002.
- ❖ Navarro Puerto, Mercedes (ed). *En el umbral. Muerte y teología en perspectiva de mujeres*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2006.
- ❖ Pera, Cristobal. *Pensar desde el cuerpo: Ensayo sobre la corporeidad humana*. Madrid: Triacastela, 2006.
- ❖ Pérez Valera, Víctor M. *El hombre y su muerte: Preparación para la vida*. México, D.F. Dabar, 2002.
- ❖ Pessini, Léo. *Distanasia: ¿Hasta cuando prolongar la vida?*. México, D.F. Dabar, 2005.
- ❖ Pico della Mirandola, Giovanni. *Discurs sobre la dignitat de l'home: Nou-centes tesis*. Barcelona: Edicions 62, 2001.
- ❖ President's Council on Bioethics. *Taking care: ethical caregiving in our aging society*. Washington, D.C., 2005.
- ❖ President's Council on Bioethics. *Alternative sources of human pluripotent stem cells: a white paper of the President's Council on Bioethics*. Washington, D.C., 2005.
- ❖ Ruiz-Canela López, Miguel. *Farmacogenómica: un nuevo desafío para la ética de la investigación - Pharmacogenomics: a new challenge for the ethics of research*. Premio. Junta General del Principado de Asturias-Sdad. Internacional de Bioética (SIBI) 2004.
- ❖ Salek, Sam; Edgar, Andrew. *Ética farmacéutica*. Barcelona: Mayo, 2004.
- ❖ Sánchez González, Miguel Ángel. *Ética, bioética y globalidad*. Madrid: Cep, 2006.
- ❖ Sánchez Martínez O.H., José. *Luces y contenidos teológicos en el movimiento de los cuidados paliativos*. Archivo-Museo San Juan de Dios "Casa de los Pisa", 2004.
- ❖ Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel. *Retos jurídicos de la bioética*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, 2005.
- ❖ Siurana, Juan Carlos. *Voluntades anticipadas: Una alternativa a la muerte solitaria*. Madrid: Trotta, 2005.
- ❖ Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. *L'infirmier(e) et les soins palliatifs: Prendre soin: éthique et pratiques*. Paris: Masson, 2005.
- ❖ UNESCO. *Ethics of science and technology: Explorations of the frontier of science and ethics*. Paris: 2006.
- ❖ UNESCO. Guía nº1. *Creación de comités de bioética*. Guía nº2. *Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies*. París: 2005.
- ❖ Vélez, Juan. (coord.) *Bioéticas para el siglo XXI: 30 años de bioética (1970-2000), fundamentaciones, hermenéuticas, metodologías y contenidos*. Univ. Deusto. Bilbao, 2003.
- ❖ Watson, James D. *La doble hélice: Relato personal del descubrimiento de la estructura del ADN*. Madrid: Alianza, 2005.

L'Institut recorda a tots els lectors que el contingut de la biblioteca i centre de documentació, amb més de 13.000 monografies i 200 revistes d'arreu del món, es pot consultar "on line" a través de la nostra pàgina web: www.ibbioetica.org

agenda

✓ **8th World Congress of Bioethics “A Just and Healthy Society”** organitzat per la “International Association of Bioethics” pels dies 6 a 9 d’agost a Beijing (China). Més informació: www.bioethics-international.org i www.chinamed.com.cn/IAB2006/

✓ **16ième Congrès Mondial de Droit Médical**, organitzat per “The World Association for Medical Law” i “The ARFDM” pels dies 7 a 11 d’agost a Toulouse (França). Més informació: Tel. +33 (0)5 34 45 26 45, Fax.+33(0)5 34 45 26 46. E-mail: wcml2006@europa-organisation.com

✓ **XXth European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care “Medicine, philosophy and the humanities”** organitzat per l’“European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare” (ESPMH) i la “Finnish Society for Philosophy of Medicine” pels dies 23 a 26 d’agost a Helsinki (Finlàndia). Informació: Tel.+31-24-3615320. E-mail: b.gordijn@efg.umcn.nl i/o d.verhaar@efg.umcn.nl

✓ **Congreso Internacional “Stem Cells: What future for therapy? Scientific aspects and bioethical problems”** organitzat per la “World Federation of Catholic Medical Associations Pontifical Academy for Life” pels dies 14 a 16 de setembre a Roma. Més informació: www.stemcellsrome2006.org

✓ **XXIII Reunión Interdisciplinar José de Acosta (ASINJA) “Nuevas perspectivas científicas y filosóficas sobre el ser humano”** organitzada per l’Associació “ASINJA” pels dies 21 a 24 de setembre

a Galapagar (Madrid). Més informació: Tel. 91 542 28 00 i E-mail: asinja@hotmail.com

✓ **EACME (European Association of Centres of Medical Ethics) Annual Conference 2006 “New Pathways for European Bioethics”**, organitzada amb el “Centre for Biomedical Ethics and Law Catholic University of Leuven” pels dies 28 a 30 de setembre a Leuven (Bèlgica). Informació: www.eacmeweb.com i www.kuleuven.be

✓ **XI Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética**, organitzades per l’Asociación Argentina de Bioética pels dies 28 a 30 de setembre a Córdoba (Argentina). Més informació: www.aabioetica.org

✓ **II Congreso Nacional de Alzheimer – 100 años de Historia (1906-2006)**, organitzat per la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), la Sociedad Española de Neurología (SEN) i la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias (CEAFA) pels dies 19 a 21 d’octubre a Las Palmas de Gran Canaria. Secretaria Tècnica: Tel. 928 27 30 27, Fax. 928 22 73 30 i E-mail: elipse@elipse-eventos.com

✓ **VIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario**, organitzat per l’Asociación Española de Derecho Sanitario pels dies 19 a 21 d’octubre a Madrid. Més informació: AEDS. Tel. 91 561 17 12 Fax. 91 411 41 07 i E-mail: aeds@aeds.org. Secretaria d’Organització: Siasa Congresos. Tel. 91 457 48 91. E-mail: acortes@siasa.es

bioètica & debat

AMB LA COL.LABORACIÓ DE



CAIXA DE CATALUNYA

