

bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA-Año XII N. 44

Pacientes con voz propia

Cambio social y sanidad

En los últimos años se han producido transformaciones sustanciales en los sistemas sanitarios modernos. Así, la sanidad vive en la actualidad un cambio social sin precedentes en la historia de la humanidad. Este cambio sobre-

pasa la capacidad de los diferentes agentes y profesiones sanitarias para tomar decisiones. Las diversas transformaciones que promueven esta evolución social son de tipo demográfico, tecnológico, epidemiológico, económico, educativo, laboral, judicial, mediático y político. La intensidad de estas transformaciones afecta a los valores de la ciudadanía y, por lo tanto, implica la necesidad de un análisis ético del impacto del cambio en la atención sanitaria y en la salud de la población. Uno de los principales agentes de esta evolución es el nuevo rol de protagonistas de los sistemas sanitarios que adquieren los ciudadanos, representados mayoritariamente por los enfermos. En este sentido, los estudios hechos desde el año 2000 en la Fundación Biblioteca Josep Laporte (FBJL) en usuarios y pacientes del estado español indican la transición desde un modelo de paciente pasivo hacia uno más activo, que quiere estar informado de sus problemas de salud y, si es posible, tomar decisiones hacia la atención sanitaria que debe recibir. Esta activación de los pacientes sería más visible inicialmente en pacientes jóvenes, en padres de niños enfermos y en hijos de enfermos mayores. Sin

lugar a dudas el siglo XXI nos trae ciudadanos con un nivel educativo más alto, más interesados por los temas de salud y con la posibilidad de acceder a más información sobre enfermedades y tratamientos en Internet.

■
El siglo XXI nos trae ciudadanos con un nivel educativo más alto, más interesados por los temas de salud y con la posibilidad de acceder a más información sobre enfermedades y sus tratamientos en Internet
■

Sin embargo, disponer de más información no implica necesariamente estar mejor informado, tan sólo significa que uno tiene más datos, lo que exige una cierta habilidad para escoger la información útil, descartando la que no lo es. Un ejemplo de esta “sobredosis” de información: el 16 de Marzo de 2006 el buscador *Google* identificaba 581 millones de webs sobre cáncer.

La Declaración de Barcelona

La eclosión de un modelo de enfermo más activo se ve reflejada
(pasa a pág. 3)

sumario

Pacientes con voz propia1 a 5

Editorial:
«Relación clínica y CEAs».....2

Más allá de la noticia:
Obstáculos para la
prescripción enfermera6 a 7

Historia del Comité de
Bioética de Cataluña8 a 10

Leyes autonómicas
en materia de derechos
de los pacientes:11 a 13

La Biblioteca del IBB14 a 15

Agenda16

Institut Borja de
Bioètica

 **Universitat Ramon Llull**
Ser i Saber

TRIBUNA ABIERTA
DEL INSTITUT BORJA
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓ
Núria Terribas i Sala

MAQUETACIÓ Y EDICIÓ
Ma. José Abella

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

DISEÑO GRÁFICO
Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES
Albert J. Jovell
Sergio Romeo
Marc Antoni Broggi

IMPRESIÓ:
Ediciones Gráficas Rey
ISSN:1579-4865

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

Relación clínica y CEAs

La madurez democrática y el reconocimiento de derechos de los ciudadanos a todos los niveles, ha tenido también su traslación al campo de la asistencia sanitaria, modificando las relaciones interpersonales y muy especialmente la relación clínica, que en las últimas décadas se ha visto profundamente alterada. La reciente promulgación de leyes que reconocen la autonomía del paciente y el respeto a su dignidad e intimidad, están suponiendo un cambio radical en la percepción de esos derechos y su exigibilidad. Además, el avance de la medicina y el desarrollo tecnológico han generado también una praxis médica altamente tecnificada, con posibilidad de prolongar mucho más los procesos y la vida de las personas que, junto con la conciencia creciente del derecho del paciente a participar en la toma de decisiones, ha supuesto la judicialización de la medicina, con un crecimiento exponencial de demandas judiciales, generando como efecto pernicioso una medicina defensiva.

Otro elemento que confluye en esta evolución de la relación clínica, es el factor de la escasez de recursos y su insuficiencia manifiesta para hacer frente a la demanda ciudadana, ante el reconocimiento de unos mismos derechos para todos y con carácter universal. Por ello, gestores y profesionales se ven en la obligación de establecer criterios y pautas de priorización de los recursos para asegurar la equidad a su acceso, derivados del principio de justicia.

Este conjunto de factores ha planteado la necesidad de crear instancias que sean capaces de aportar criterios de ayuda para los profesionales de la salud, mediante la elaboración de protocolos y discusión de casos para la toma de decisiones, ante situaciones de conflicto por confrontación de valores y principios, con el objetivo último de mejorar la calidad de la asistencia a sus pacientes. Todo ello a través de una estructura encuadrada en el entramado organizativo de una institución sanitaria, manteniendo siempre su carácter consultivo y no vinculante y con una composición multidisciplinar, presidida por la capacidad de diálogo y escucha, con ánimo de alcanzar un consenso en la cuestión debatida, y en la que esté presente también el representante de los usuarios o pacientes poniendo sobre la mesa los conflictos éticos de la práctica asistencial referidos por ellos.

Esta es la tarea primordial de los **Comités de Ética Asistencial**, que comenzaron a implantarse en España a partir de los años 90, a excepción del primer CEA en Barcelona (Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu) que ya trabajaba desde 1976. Muchas son las instituciones hospitalarias de diferentes niveles, incluso también atención primaria, que cuentan con un CEA, y algunos con una trayectoria de más de diez años, con buenos resultados. Sin embargo, la creación e implantación de un CEA en un hospital no es tarea fácil y no todos funcionan bien, con independencia de criterio y sin ingerencias de tipo político o gerencial. En España estamos lejos aún de contar con una red asistencial pública, y también privada concertada o simplemente privada, dotada mayoritariamente de CEAs. De los existentes, contamos con algunos comités de "pura etiqueta", que no cuentan con el apoyo y confianza de los profesionales, otros que han hecho el intento de iniciarse pero han fracasado y se mantienen en situación "vegetativa" y otros que realmente funcionan bien. También en esta cuestión el ámbito territorial marca diferencias, y Comunidades Autónomas que hace años han creído en ello, han fomentado su creación e impulso, con actividades formativas y regulando los criterios para su acreditación. Tal sería el caso de Cataluña (1993), que cuenta ya con una buena implantación de los CEAs siendo más de 40 los Comités acreditados, o el País Vasco (1995). Poco a poco, otras CC.AA. como Navarra, Castilla y León, Madrid, Valencia o Murcia han optado también por impulsar la creación de CEAs a nivel territorial para su sistema de salud. Consideramos que esto será un buen signo de avance si realmente se llega a concretar más allá del Decreto correspondiente y en unos años logramos su extensión mayoritaria y buen funcionamiento.

(viene de pág. 1)
 en el desarrollo de un tercer sector que organiza sus actividades para dar respuesta a las necesidades de los enfermos y de sus familiares. Esto supone la organización de la sociedad civil dentro de entidades que pueden representar mejor y de forma más próxima a los intereses de colectivos específicos, como por ejemplo las asociaciones de pacientes, de familiares y de voluntarios. Este movimiento asociativo está fragmentado en Cataluña y en España, y se orienta alrededor de la defensa de enfermedades específicas. Así pues, con la intención de fomentar la colaboración entre asociaciones y representar el hecho de ser paciente, con independencia de patologías concretas, en el año 2003 se promovieron y coordinaron desde la FBJL diferentes actividades relacionadas con las asociaciones de pacientes.

■
La Declaración de Barcelona se ha situado como la primera Carta de Derechos de los Pacientes establecida en España por pacientes y usuarios de la sanidad
 ■

La primera actividad fue la *Declaración de Barcelona* de las Asociaciones de Pacientes y Usuarios, promovida por 50 organizaciones de pacientes y usuarios en Mayo de 2003 (www.webpacientes.org). Esta Declaración se ha situado como primera Carta de Derechos de los Pacientes establecida en España por pacientes y usuarios de la sanidad. Posteriormente, un estudio realizado por la FBJL evidenció que la mayor parte de las leyes hechas en España no in-

cluían los principios de la Declaración de Barcelona o, si estaban incluidos, éstos eran enunciados de una forma genérica como si se tratase de una declaración de intenciones más que de una acción ejecutiva promovida por el poder legislativo. Este era el caso de la participación de los pacientes en la organización de la asistencia sanitaria, donde las leyes que defienden este derecho no desarrollan los medios para ejercerlo. Por otro lado, el derecho a la información no está contemplado en toda su extensión, sino que se reduce a aspectos muy específicos, como p.e. el consentimiento informado o las voluntades anticipadas.

Foro Español de Pacientes y Fòrum Català de Pacients

El consenso sobre la Declaración de Barcelona dió lugar a la creación en Diciembre de 2004 del *Foro Español de Pacientes*, una asociación de asociaciones de pacientes, de familiares y de voluntarios que, hoy en día, agrupa a 637 asociaciones de todo el Estado Español y 261.000 afiliados. El *Foro* es una organización que se sitúa en el espacio de convergencia entre administraciones públicas, proveedores sanitarios, entidades profesionales y científicas, medios de comunicación, empresas y ciudadanía. El *Foro* tiene como misión promover los derechos de los pacientes, recogidos en la *Declaración de Barcelona*, y la defensa del hecho de ser "paciente". De esta manera, las asociaciones que forman parte del *Foro* se centran alrededor de enfermedades o grupos de enfermedades específicas mientras el *Foro* se orienta a fomentar la toma de

conciencia social hacia el hecho de estar enfermo y sus circunstancias. En el año 2005 el Foro organizó la "*Semana del Paciente*", que incluyó el "*Día del Paciente en el Sistema Nacional de Salud*", la entrega de los premios "*Valores, Salud y Sociedad*" a aquellas personas e instituciones que destacaban por su trayectoria de promoción de los derechos de los enfermos, y el "*Primer Congreso Español de Pacientes*" que tendrá continuación en una segunda edición este año 2006. A principios del año 2006 el *Foro* hizo pública su "Agenda Política" que recoge 20 acciones que permiten ejecutar los principios enunciados en la *Declaración de Barcelona*.

■
El Foro tiene como misión promover los derechos de los pacientes, recogidos en la Declaración de Barcelona, y la defensa del hecho de ser "paciente"
 ■

El Foro diseña sus acciones a corto plazo siendo sus principales actividades en estos momentos la creación de Foros Autonómicos, como por ejemplo el *Fòrum Català de Pacients* que agrupa a 24 asociaciones y 31.000 afiliados, la promoción de la Agenda Política y de la *Declaración de Barcelona*, la respuesta a situaciones específicas que llamen la atención en la opinión pública, como por ejemplo ha sido la situación creada en el Hospital de Leganés por la aplicación de cuidados paliativos a pacientes terminales, o las denominadas Ley del Medicamento y Ley del Tabaco. A su vez, el Foro colabora con diferentes CC.AA. y con el gobierno central

apoyando iniciativas de participación o estrategias sanitarias específicas, y valorando anteproyectos de ley.

La Universidad de los Pacientes

El hecho de que el *Foro* haya nacido dentro de un entorno académico, como es el de la Universidad Autónoma de Barcelona e instituciones afiliadas, ha permitido desarrollar un proyecto propio con actividades orientadas a promocionar a los pacientes, familiares y voluntarios más preparados para el cuidado de su propia salud o a otras personas afectadas por una enfermedad. Es así como surge la *Universidad de los Pacientes (UP)*, proyecto promovido por la Universitat Autònoma de Barcelona y la Fundació Biblioteca Josep Laporte.

(www.universidadpacientes.org).

■
La misión de la UP es favorecer la igualdad de oportunidades en el acceso a la información sanitaria y a una asistencia de calidad

La UP nace con el convencimiento de que cuando se aumenta el conocimiento de los usuarios de un servicio aumenta también la calidad del mismo. Su misión es favorecer la igualdad de oportunidades en el acceso a la información sanitaria y a una asistencia de calidad. Las actividades de la UP se estructuran alrededor del concepto de Aula y cada Aula puede poner en marcha actividades en las cinco áreas de una universidad: información, formación, investigación, asesoría y acreditación.

Hasta el momento están planificadas 23 aulas que se organizan por temática vertical relacionada con una enfermedad o condición clínica, como por ejemplo asma o salud mental, o temática horizontal, como los derechos de los enfermos o innovación e investigación. Está previsto que todas las aulas incluyan en el año 2006 una *microsite* con información seleccionada sobre su área de referencia e inicien actividades de investigación y formación. Entre los proyectos ya desarrollados destaca el buscador de la *microsite* "Infoterapia", que busca información médica en un ámbito de webs muy restringido y seleccionado según criterios de calidad. También destaca la inclusión del "Observatorio de Salud y Mujer" (www.obsym.org) dentro de una aula específica. La UP surge de la colaboración entre instituciones y empresas, dentro del ámbito de la responsabilidad social corporativa.

Actividades de la Universidad de los Pacientes

Las primeras actividades de la UP han sido el estudio "Confianza en el Sistema Nacional de Salud" y el "Kit de visita médica en atención primaria".

■ El estudio de "Confianza en el Sistema Nacional de Salud" ha sido realizado conjuntamente con la universidad norteamericana de Harvard y se puede encontrar dentro del *Aula Sanofi-Aventis de Derechos de los Pacientes* en la web de la UP. Es una encuesta realizada en Noviembre del año 2005 en una muestra de 3.010 españoles mayores de 18 años. Los resultados de este estudio han per-

mitido identificar diferentes cuestiones respecto a nuestro sistema sanitario. En primer lugar, debe decirse, que la confianza en las diferentes profesiones e instituciones sanitarias públicas es muy elevada, si se compara con otras profesiones ajenas a la sanidad o con otros sectores de la economía.

■
El principal problema de los españoles es la espera, en todas sus dimensiones: para una intervención quirúrgica, para ver a un especialista o para una cita con el médico de atención primaria

■ Sin duda, las expectativas de los españoles respecto a su sistema de salud han mejorado en comparación con las expresadas en una encuesta realizada en el año 1991. Aún así, más de la mitad de los españoles creen que su médico de atención primaria tiene limitada la capacidad de prescripción y que si necesitaran de forma no urgente los servicios de un especialista deberían permanecer en una lista de espera. También se muestran preocupados por el futuro de su atención sanitaria. Sin embargo no son partidarios de introducir medidas de copago o de incrementar los impuestos, excepto en el caso del tabaco y el alcohol. Por otra parte, el principal problema de los españoles es la espera, en todas sus dimensiones: para una intervención quirúrgica, para ver a un especialista o para una cita con el médico de atención primaria. Sorprende negativamente, que la mayor parte de los españoles dice que saben muy poco o nada de cómo está organizada la atención sanitaria en España, cree la

mitad que su atención sanitaria la paga la Seguridad Social, cuando no es así. Este estudio de "Confianza" hace patente el interés de la FBJL en la búsqueda de las opiniones, experiencias y actitudes de los ciudadanos, algo que se inició en el año 2001 con el estudio "Análisis de las Necesidades de Información de las Mujeres en España". Esta encuesta, realizada en 6.528 mujeres mayores de 16 años, puso de manifiesto que 3 de cada 4 mujeres no recibían información sobre temas de salud y, de las que recibían, 3 de cada 4 no la entendían. Las conclusiones de este estudio pusieron en evidencia que la mujer se constituye en el agente de salud de la familia y que tiene unas necesidades de información sanitaria inteligible que no están bien atendidas. En estos momentos la UP está realizando una encuesta de salud y un estudio en mujeres españolas mayores de 50 años, dentro del proyecto "Salud después de los 50".

El «Kit de visita médica» es un proyecto avalado por las tres sociedades de atención primaria y medicina general -SEMERGEN, (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista) SEMFYC

(Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) y SEMG (Sociedad Española de Medicina General) – y se puede encontrar en el Aula Esteve de Comunicación Médico-Enfermo. Consiste en el desarrollo de materiales que ayudan a los pacientes a prepararse la visita con el médico de atención primaria. Este kit representa el inicio de un conjunto de proyectos que intentan desarrollar instrumentos que ayuden a optimizar la visita médica y a facilitar un auto-cuidado más responsable de la salud por parte de los pacientes y cuidadores. Otros proyectos llevados a cabo por la UP son el estudio del prospecto del medicamento o la alfabetización literaria en cardiología. Asimismo el FEP y la UP asesoran a diferentes sociedades científicas y entidades privadas en temas de pacientes.

Finalmente, la UP se plantea poner en marcha en el año 2006 actividades propias en el ámbito de la formación representadas por el programa de pacientes expertos y el de pacientes tutores. Los dos programas pretenden formar a pacientes y a voluntarios en enfermedades específicas, suponiendo

el programa de tutor la calificación de personas para formar a otras personas.

■
Los sistemas sanitarios modernos no podrán atender a todas las necesidades de los pacientes y será necesaria una sociedad civil para asumir los retos éticos de la solidaridad, la subsidiariedad y la responsabilidad
■

El conjunto del proyecto de la UP intenta anticiparse al hecho de que los sistemas sanitarios modernos no podrán atender a todas las necesidades de los pacientes y será necesaria una sociedad civil para asumir los retos éticos de la solidaridad, la subsidiariedad y la responsabilidad. Finalmente, decir que la UP nace con el propósito de crecer en un sentido horizontal, mediante alianzas con otras instituciones y, por tanto, no quiere avanzar en solitario.

ALBERT J. JOVELL

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA
LDO. CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA
DIRECTOR GENERAL
«FUNDACIÓ BIBLIOTECA JOSEP LAPORTE»
PRESIDENTE «FORO ESPAÑOL DE PACIENTES»

La Universidad de Pacientes (UP) (www.universidadpacientes.org)

Actividades/Aulas:

Derechos de los pacientes:

☞ "Confianza en el Sistema Nacional de Salud" en Aula Sanofi-Aventis de Derechos de los Pacientes Educación Sanitaria:

☞ "Kit de visita médica en atención primaria" en Aula Esteve de Comunicación Médico-Enfermo

Webs recomendadas:

Webpacientes: www.webpacientes.org

Observatorio de Salud y Mujer: www.obsym.org

Fundación Biblioteca Josep Laporte: www.fbjoseplaporte.org

Obstáculos a la prescripción enfermera

Finalmente, después de muchos trámites tanto en el Congreso como en el Senado, se aprobó, el pasado 29 de Junio, la “Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios” conocida como la “ley del medicamento”. Es un texto que rechaza la prescripción enfermera, aunque había sido aceptada previamente en el Senado, con la oposición frontal tanto del colectivo médico como del Ministerio de Sanidad, que dirige actualmente Elena Salgado.

Para situarnos en el tema de la prescripción enfermera, ante todo, es importante hacer una aclaración terminológica que nos permita ver cuál es la diferencia entre prescribir y recetar, ya que el titular periodístico propicia ciertamente esta confusión.

▣ **Prescribir** consiste, según la definición del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, en “la capacidad de seleccionar e indicar medicamentos y productos sanitarios, en beneficio y satisfacción de las necesidades de salud del usuario y la población durante la administración de los cuidados, bajo criterios de buena práctica clínica y juicio enfermero, que les vienen dados por sus competencias”.

▣ **Recetar**, en cambio, siguiendo la definición del Consejo General de Enfermería, quiere decir «cumplimentar un formulario que contiene la medicación, o el objeto de la prescripción, que el profesional sanitario indica a un paciente acompañándose de instrucciones genéricas sobre su uso, y que nor-

La nueva ley del medicamento impide recetar a los enfermeros

«Los enfermeros y los podólogos seguirán sin poder prescribir fármacos. Sólo podrán hacerlo los médicos. Así lo establece la ley del medicamento, aprobada ayer definitivamente en el Congreso de los Diputados y que sólo contó en este punto con el apoyo de 22 de los 309 votos emitidos. (...) Los sindicatos y colegios de enfermería, con el apoyo de las consejerías de sanidad de Catalunya, Madrid y Andalucía, reivindicaban el amparo de la ley para unas 50 situaciones o préstamos prescriptivos que aseguran realizar a diario. Se trata de casos de seguimiento de tratamientos en los que los enfermeros visitan al paciente y deciden qué tipo de medicamento, analgésicos en su mayoría, hay que prescribir.»

El Periódico, 30 de Junio de 2006

malmente se expide para ser presentado en una farmacia para su adquisición». La propuesta de las enfermeras en el contexto de la Ley del Medicamento se centra, pues, en el ámbito de la prescripción y no de la receta.

▣ *Hay numerosos estudios que demuestran que la prescripción enfermera beneficia tanto a las personas atendidas como a los profesionales enfermeros que prestan la atención*

Una vez tratada la cuestión terminológica es el momento de preguntarse el porqué de esta reivindicación profesional. Desde el reconocimiento universitario de la diplomatura en enfermería en el año 1975 la profesión enfermera no ha cesado de evolucionar. La aprobación de las especialidades enfermeras (Real Decreto 450/2005) y la próxima titulación superior de grado son dos de los ejemplos más recientes. Este desarrollo profesional ha ayudado a

las enfermeras a darse cuenta de que su rol no se puede limitar al ejercicio de unas funciones técnicas y delegadas, sino que debe ir más allá. A pesar de esta función interdependiente o de colaboración, las enfermeras, gracias a la profesionalización, han podido ampliar sus competencias y su rol autónomo.

Esta constante evolución ha propiciado muchos cambios en el ejercicio de la profesión enfermera, y algunos de ellos están relacionados directamente con el uso de fármacos y productos sanitarios. De hecho, las enfermeras de atención primaria hacen controles de medicación y prescriben fármacos u otros productos sanitarios en atención domiciliaria. En la asistencia hospitalaria también las enfermeras tienen la autonomía necesaria para prescribir ciertos medicamentos destinados a paliar signos y síntomas como el dolor, la temperatura elevada, las náuseas, la diarrea... Sin embargo estas acciones que se llevan a cabo de forma habitual en nuestro sis-

tema sanitario no están reguladas jurídicamente. Parece lógico, pues, que la profesión haya lanzado esta propuesta para regularizar de forma legal la prescripción enfermera. Es por ello que, desde el momento en que se supo que se estaba discutiendo el Proyecto de ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, se pidió la revisión del artículo 76 en su primer punto, el cual debía reconocer la facultad de ordenar la prescripción de medicamentos y productos sanitarios por parte de la enfermera.

■
Después de todo este esfuerzo, las cosas han quedado como estaban: la ley preserva la potestad de prescribir para los médicos

Después de todo este esfuerzo, las cosas han quedado como estaban: la ley preserva la potestad de prescribir para los médicos. En el Proyecto de ley, se afirma que: “La receta médica, pública y privada, y la prescripción hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico u odontólogo, únicos profesionales con facultad de ordenar la prescripción de medicamentos y productos sanitarios”. A pesar de todo, las enfermeras deben tener presente que estos esfuerzos no han sido en vano, sino que son sólo el inicio de una reivindicación justa i prudente que debe llegar a buen puerto. Lo que está claro es que deberemos seguir trabajando intensamente para que se reconozca primero, y se regule después, esta competencia profesional de las enfermeras.

A nivel internacional ya hay bastantes países que han autorizado la prescripción enfermera: Australia, Canadá, Holanda, Estados Unidos, Francia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia... y otros países que se lo están planteando dada la experiencia enormemente positiva de los países que ya lo han autorizado. Ha mejorado la atención de las personas, se ha conseguido un uso más efectivo del tiempo y de los recursos, así como también la prescripción ha supuesto un incremento de la satisfacción y autonomía profesional de las enfermeras que realizan esta tarea. Hay numerosos estudios en este sentido, que demuestran que la prescripción enfermera beneficia tanto a las personas atendidas como a los profesionales enfermeros que prestan la atención.

■
La petición del colectivo enfermero no aspira a invadir competencias de otros profesionales, sino que quiere que se reconozca que la enfermera puede indicar y utilizar determinados medicamentos y productos sanitarios de manera autónoma y plenamente responsable

La discusión y posterior aprobación de la ley del medicamento era una buena oportunidad para dotar de legalidad una práctica que, como hemos dicho, ya es un hecho. Para las enfermeras –que consideran que están capacitadas para asumir esta competencia– es incomprensible que desde la propia Administración se bloquee en este sentido su desarrollo profesional. La petición del colectivo

enfermero no aspira a invadir competencias de otros profesionales, sino que quiere que se reconozca que la enfermera puede indicar y utilizar determinados medicamentos y productos sanitarios de manera autónoma y plenamente responsable.

■
Las enfermeras, descontentas con el desenlace de esta propuesta sensata, están dispuestas a continuar luchando para que tarde o temprano se reconozca y se regule de forma legal la prescripción enfermera

Las enfermeras, descontentas con el desenlace de esta propuesta sensata, están dispuestas –a través de los órganos colegiales– a continuar luchando para que tarde o temprano se reconozca y se regule de forma legal la prescripción enfermera. Una de las acciones previstas podría ser la negativa a continuar con la práctica habitual de prescripción, ya comentada, especialmente en el ámbito de atención primaria. Ello supondría una sobrecarga de trabajo para los médicos e incomodidades y retrasos en la atención de los pacientes... Como medida de presión quizás fuerce algún replanteamiento del tema, si bien, aprobada ya la Ley, deberá ser en su posterior desarrollo reglamentario... Habrá que ver cómo queda finalmente esta cuestión!

ESTER BUSQUETS

LICENCIADA EN FILOSOFÍA
 DIPLOMADA EN ENFERMERÍA
 RESPONSABLE DE ENFERMERÍA DEL IBB
 PROFESORA DE BIOÉTICA - UNIV. DE VIC

Historia del «Comité de Bioética de Cataluña»

Siempre es bueno conocer la historia de aquello que nos rodea. Ya existen buenos trabajos sobre el origen de la Bioética en nuestro país (1,2,3). Se trata ahora de añadir algún apunte sobre la progresión y las etapas del Comité de Bioética de Cataluña, creado en el año 1991.

Antecedentes

Como punto de partida resultó fundamental el simposio sobre “*La Bioética y sus Comités*” que organizó el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya en Abril de 1991, aunque debe decirse que ya antes existían pequeños círculos de iniciados o de precursores. Para ser justos deberíamos señalar algunos de ellos.

El más notable es el caso del Dr. Francesc Abel, fundador y presidente del *Institut Borja de Bioètica* en el año 1976, verdadero “corredor de fondo” que, en solitario, ya llevaba 15 años con un comité hospitalario (Hospital Infantil San Juan de Dios - Barcelona), una revista regular “*Bioètica & debat*” y una biblioteca especializada sobre el tema.

Recuerdo también a algunos profesionales, como al Dr. Jordi Gol, que ya reclamaban la necesidad de extender la curiosidad que aplicamos a la ciencia y al caso clínico al análisis de los valores y de los objetivos de la profesión. También mencionaríamos el trabajo del grupo CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios - 1983), y de los poste-

riores *Cuadernos CAPS*. Todos ellos son ejemplos de sensibilidad por los cambios que se producían o se iban a producir.

A estos núcleos se añadieron las incipientes Unidades de Calidad y de Atención al Usuario, que contribuyeron a que fuese necesaria una nueva responsabilidad hacia los enfermos, cosa que se reafirmó con la formulación de unos derechos de los enfermos en la *Ley General de Sanidad* de 1986, en la *Ley del Medicamento* de 1990 -hoy ya modificada- y en la *Carta de Derechos y Deberes de los pacientes de Cataluña* de 1983. Finalmente, la llegada de la Bioética americana fue decisiva, y el primer libro de Diego Gracia en 1989 -«*Fundamentos de la Bioética*»- supuso un impulso importante, siéndolo también de la Bioética europea la creación del CAHBI (*Comité ad hoc para la Bioética*) del Consejo de Europa, con su primer simposio en 1989, estímulo directísimo para algunos de nosotros.

El primer Simposio de 1991 antes mencionado fue una ocasión para reconocer y aprovechar estos antecedentes, y a la vez fue una aproximación a las posibilidades de la Bioética en nuestro país. Por primera vez nos reunimos personas con “talante” bioético, aunque la motivación fuese diversa: algunos veían la Bioética como una disciplina cada vez más estructurada, otros como una metodología útil para algunas decisiones difíciles, y finalmente, aquellos que la consideraban como la necesidad de una nueva cultura para adoptar mejores actitudes en el ámbito clínico.

Todos estuvimos de acuerdo en que debía entenderse como un abordaje racional y metódico a los problemas biomédicos o sanitarios cuando están en juego valores personales o sociales, que lo que la definía mejor era el análisis de la complejidad, y que el diálogo era su forma básica de trabajo. Resultaba, pues, lógico que el instrumento operativo y socialmente más creíble fuera el Comité como ámbito multidisciplinario (no corporativista), de deliberación plural (no homogéneo ideológicamente).

- Se constató que los Comités podían ser una ayuda en los lugares donde surgían los problemas, tanto para mejorar la toma de decisiones clínicas como para evitar los abusos en la investigación, y que ya era posible recomendarlos si tenían las características pertinentes.

- Se acordó que las características propias del diálogo abierto debían prevalecer desde el principio y que, por tanto, una Comisión Central, ya de entrada plural y plurisdisciplinar, debería estudiar las formas de incentivar los Comités y evaluar sus requisitos.

- Finalmente se consensuó que la formación en Bioética era fundamental para aumentar la comprensión de la realidad y de sus cambios, y los comités debían ser los promotores. Las aportaciones del Dr. Francesc Abel y Diego Gracia fueron clarificadoras al respecto.

El Simposio acabó acordando unos objetivos y programó unas etapas. Al cabo de tres meses ya se

había programado en el *Institut d'Estudis de la Salut* (IES) un curso anual, se había formado una *Sociedad Catalana de Bioética* en la Academia de Ciencias Médicas, y se constituyó el 3 de Julio de 1991 la pieza clave: una *Comisión Asesora de Bioética del Departament de Sanitat*.

Comisión Asesora de Bioética

Esta *Comisión Asesora de Bioética* fue dirigida por el máximo responsable de la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària, Dr. Bosch Bañeras, formada en gran parte por participantes en el simposio. Se puede considerar, pues, como una comisión promotora de la bioética en Cataluña que se dedicó a dotarnos de instrumentos útiles, tanto a nivel local como central. De ella salió la Orden de Acreditación de los *Comités de Ética en Investigación Clínica -CEICs* (1992) y más tarde de los *Comités de Ética Asistencial* hospitalarios -CEAS (1993)-, siempre con un debate colectivo. Su fruto fue inmediato: al amparo de estas disposiciones surgieron los CEICs para aumentar la seguridad de los sujetos sometidos a investigación y el rigor de los promotores y de los investigadores, actualizando así a los antiguos Comités de Ensayos Clínicos, de acuerdo con la Ley del Medicamento, recién promulgada y con su proyecto de reglamento.

También aparecieron ya algunos CEAs, sin ninguna imposición y adaptándose prudentemente a la demanda de cada lugar, pero con los requisitos mínimos regulados con el fin de evitar posibles perversiones. La creación de nuevos

núcleos más o menos activos en centros públicos y privados fue extendiendo poco a poco el debate bioético. Actualmente Cataluña cuenta con unos 40 CEAs y unos 35 CEICs acreditados.

Con el tiempo aparecieron otras iniciativas, sobre todo pedagógicas: cursos, seminarios y másters. Debemos destacar el "*Máster y Diplomatura en Bioética*" del Institut Borja de Bioètica, inicialmente en colaboración con la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y desde el año 2000 como Universitat Ramon Llull, el Master de la Universitat de Barcelona (UB) sobre "*Bioética y Derecho*" y el Postgrado de la UB sobre "*Calidad de vida*". De cada uno de ellos fueron surgiendo promociones influyentes y, precisamente con el fin de incorporar nuevos miembros formados en bioética, la Comisión quiso abrir una segunda etapa más estable. Así, en 1995 apareció la Orden de creación de la *Comisión Asesora de Bioética*, que después adoptaría el nombre de *Comité de Bioética de Cataluña*. A su amparo se unieron también otras comisiones creadas «ad hoc» para problemas concretos: la *Comisión Asesora de Tratamiento de la Información Confidencial* (CATIC) y la *Comisión Asesora sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida* (CTRHA).

Una vez tuvimos los instrumentos adecuados, el esfuerzo de la Comisión en esta segunda etapa se dirigió más abiertamente a las necesidades de los ciudadanos, atendiendo consultas y dándose a conocer. Un ejemplo de ello fue el esfuerzo para impulsar y extender el Consentimiento Informado, como expresión práctica y urgen-

te de los derechos del paciente. La convocatoria en 1995 de un segundo simposio sobre el tema fue útil en este sentido y culminó con la redacción de una guía para su buena utilización que fue expuesta en muchos actos públicos en Cataluña.

En casi todos los ámbitos el tema central giró alrededor del concepto básico de autonomía personal y de la transformación revolucionaria que esto suponía en la práctica, con las dificultades que encontrábamos y el peligro de la medicina defensiva. Esta reflexión colectiva culminó de hecho en una propuesta legislativa, confeccionada en gran parte desde el Comité de Bioética de Cataluña.

■
Ley 21/2000 sobre los derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica no habría salido sin una sólida cultura bioética
■

Primero fue la propuesta que el Parlament de Catalunya hizo al Comité, en Febrero de 1997, de redactar un informe sobre las posibilidades de poner en marcha un «testamento vital». El informe estuvo listo a finales de año, después de estudiar las aportaciones de muchas personas, y se presentó en el Parlament recomendando una ley que permitiera su correcta utilización, que se adoptase el nombre de *Voluntades Anticipadas*, que se señalaran los requisitos y que contemplase la designación de un representante. Se trabajó a continuación en el Proyecto de Ley que, finalmente además actualizó algunos derechos básicos del paciente, extendiéndola a corregir

carencias de la LGS, siguiendo sobre todo el camino del reciente Convenio de Oviedo, y aprovechando unas jornadas de estudio del Consejo del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad sobre la necesidad de regularizar también la historia clínica. Este trabajo constituyó la estructura, y la mejor parte, de lo que fue la *Ley 21/2000 de 29 de Diciembre sobre los derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica* (su promulgación tuvo que esperar dos años por la disolución del Parlament...). En ella se garantiza el derecho a la información, la aceptación o rechazo de una determinada actuación mediante el consentimiento informado, el acceso a la historia clínica, y la anticipación de esta voluntad en un documento. Una ley así no habría salido sin una sólida cultura bioética.

En el año 2000 se constituyó un nuevo Comité de Bioética, más amplio, más representativo, pero más complejo, dirigido aún en esta tercera etapa por el *Director General de Recursos Sanitarios*, y con casi el doble de componentes.

La operatividad se mantuvo gracias a los grupos de trabajo con expertos externos. Por razones de espacio no podemos referirnos aquí a todas las personas que dedicaron su tiempo *gratia et amore* a sus trabajos: profesionales de la salud (de medicina y de enfermería), de las humanidades, del derecho y de la gestión. Una muestra de la cantidad de temas tratados con calidad y rigor sería enumerar algunos de los documentos elaborados: Ingreso involuntario, renovación de la Guía de Consentimiento Informado, Guía de

Formación en Bioética, Consideraciones sobre el documento de Voluntades Anticipadas, problemas éticos en la Demencia Avanzada, Medicinas no convencionales, Información sanitaria y medios de comunicación, y Almacenamiento de tejidos y de muestras biológicas. No hay duda de que ha sido un trabajo fructífero y provechoso.

En la última etapa se puso de manifiesto el problema de la independencia del Comité; el hecho de que el presidente fuera un director general acabó siendo una servidumbre, y por ello, tras el último cambio de gobierno en Cataluña, en el año 2005 se remodela de nuevo el Comité, pasando la presidencia a una persona externa a la Administración. El nuevo *Comité Consultivo de Bioética de Cataluña* (nombre que ya denota una voluntad de seguir la estela del comité francés), es más amplio, por lo que gana en diversidad, si bien puede perder en operatividad: son casi 40 miembros, el doble que antes y el triple de los que había en origen. El peso de la Administración, proporcionalmente, ha crecido mucho. De hecho están representadas casi todas las Consejerías. No es que esto sea un peligro directo para su independencia, pero es evidente que el sector público tiene la tentación de defender siempre el interés sectorial de donde proviene, en lugar de hacer sentir la voz personal. Si se encuentran formas imaginativas de trabajo, tanto de redacción (y se hace con los grupos de trabajo) como de consenso, si se esquivan algunos escollos, como son la delegación, la votación numérica, la pura estrategia o el pactismo simple, y si se

tiene tiempo de ir cuajando una tradición de diálogo respetuoso en común, esta etapa podría ser más valiente que antes y podría profundizar en algunos temas socialmente esperados.

La necesidad de un Comité de Bioética central ya no puede ser discutida. En él confluye una constelación lo suficientemente variada de puntos de vista como para poder adquirir una voz representativa de verdad. Teóricamente es donde el diálogo puede ser más plural y, por lo tanto, donde la salvaguarda del ciudadano puede estar garantizada y menos sesgada. Es bueno que continúe siendo un grupo estable donde haya un hábito de deliberación operativa, reflexiva y decisoria a la vez.

Éste sería un resumen sintético y a grandes rasgos de la progresión del Comité de Bioética de Cataluña, desde sus orígenes en 1991 hasta hoy. Creemos, sin embargo, que falta una relación más detallada donde queden reflejadas todas las personas que han colaborado en cada uno de los trabajos realizados... Es un acto de justicia que tenemos pendiente!

MARC ANTONI BROGGI

JEFE SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.
HOSPITAL UNIV. GERMANS TRIAS I PUJOL
MIEMBRO DEL
COMITÉ CONSULTIVO DE BIOÉTICA DE CATALUÑA

Citas Bibliográficas:

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

(2) Francesc Abel. *El diàleg bioètic en la perspectiva del tercer milenio*. Discurs de recepció com a Acadèmic Numerari en la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona, 9 de Mayo de 1999.

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

Leyes autonómicas en materia de derechos de los pacientes

En los últimos años han sido aprobadas un importante número de leyes autonómicas que regulan los derechos de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. En concreto, de las 17 Comunidades Autónomas del Estado español, 15 ya han regulado esta cuestión. Sin embargo, no podemos olvidar que existe una Ley estatal que se ocupa de esta misma materia y que tiene el carácter de básica, es decir, es de aplicación obligada por todas las Comunidades Autónomas, las cuales podrán completarla en aquellos aspectos sobre los que ésta no se pronuncia o requiere un desarrollo, pero no pueden contradecirla.

Se trata de *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*. Así, no puede hacerse un análisis independiente de cada una de las leyes autonómicas sin tener en cuenta la Ley Estatal y sin poner de relieve la relación existente entre estos textos y los efectos de una eventual contravención con la norma estatal. (1)

Carácter básico de la Ley 41/2002: efectos y legitimidad competencial

La Constitución y los Estatutos de Autonomía recogen una serie de materias sobre las que la regulación jurídica básica se atribuye al Estado, mientras que su desarrollo normativo y ejecución son

atribuidos a las Comunidades Autónomas. En este marco, la legislación completa sobre una materia se nutre de normas de dos ordenamientos distintos: el *estatal*, que establece las bases de la ordenación; y el *autonómico*, que desarrollando esas bases, completa dicha ordenación.

Según la Disposición Adicional Primera de la Ley 41/2002, "*esta Ley tiene la condición de básica*".

■
Esta condición asegura a todos los ciudadanos del Estado las mismas garantías, evitando así un sinfín de legislaciones divergentes en una cuestión de tanta trascendencia
■

Esta condición asegura a todos los ciudadanos del Estado las mismas garantías, evitando así un sinfín de legislaciones divergentes en una cuestión de tanta trascendencia como la regulada en esta Ley. No obstante, también es cierto que ello reduce la capacidad de actuación de las Comunidades Autónomas en materias, como la de sanidad en este caso, que tienen transferidas hace años, suscitando la duda de hasta donde el Estado puede regularlas con carácter básico.

En principio, pues, las Comunidades Autónomas podrán desarrollar aquellos ámbitos que señala la norma básica y completar, de acuerdo con ella, los que no tengan una regulación específica, pero no podrán legislar en contra de la regulación estatal, que se impone

en todo el territorio para garantizar la igualdad del servicio sanitario a todos los ciudadanos, cualquiera que sea su lugar de residencia.

Los derechos de los pacientes en la Ley básica y en la legislación autonómica

De acuerdo con lo expuesto, los derechos de los pacientes están contenidos con carácter general en la Ley básica 41/2002. Las leyes autonómicas deben reconocerlos y, en su caso, desarrollarlos, no pudiendo regular la materia contenida en la Ley Estatal de forma diferente a lo dispuesto en la misma.

Tal como decía al inicio, la mayoría de Comunidades Autónomas disponen hoy de un legislación que recoge, de forma más o menos extensa, los derechos de los pacientes. Un análisis de dicha legislación pone de manifiesto que en general, las leyes autonómicas no hacen más que reproducir lo establecido en la Ley básica 41/2002 y, en su caso, desarrollarla, si bien en algún caso contienen disposiciones contrarias a la misma. Debe decirse, sin embargo, que la Ley básica no surgió como primer texto sino que Cataluña había elaborado la primera norma -Ley 21/2000- siguiendo sus pasos otras Comunidades, hasta que el Parlamento español asumió el texto como ley básica, ampliando su contenido. De ahí que coexistan leyes autonómicas anteriores a la ley básica y otras posteriores.

Aún así, no hay homogeneidad

entre los distintos textos, especialmente en algunas cuestiones incluso contradictorias, generando dudas e inseguridad jurídica.

A modo de ejemplo, una de las novedades de la Ley básica 41/2002 es la relativa a las voluntades anticipadas, cuestión regulada en el art. 11 bajo el nombre de “instrucciones previas”. Según el apartado primero del mencionado art. 11, “*por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en el que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo*”.

■

Las Comunidades Autónomas podrán desarrollar aquellos ámbitos que señala la norma básica y completar, de acuerdo con ella, los que no tengan una regulación específica, pero no podrán legislar en contra de la regulación estatal

■

Esta cuestión, que ha sido regulada también por las Comunidades Autónomas en sus respectivas legislaciones, no encuentra una formulación unánime, especialmente en lo referente a la capacidad para emitir dichas instrucciones y a los requisitos formales. Así, poseen una legislación acorde con lo fijado en la Ley básica 41/2002: la Ley 21/2000 de Cataluña que se refiere a la “*persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de forma libre*”, la Ley

12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, la Ley 10/2001 de Salud de Extremadura, la Ley 6/2002 de Salud de Aragón, la Ley 2/2002 de Salud de La Rioja, la Ley 7/2002 de Voluntades Anticipadas del País Vasco, la Ley 7/2002 de Ordenación Sanitaria de Cantabria, o la Ley 8/2003 de Derechos y Deberes de los usuarios de la sanidad de Castilla y León.

En cambio, la Ley Foral 11/2002, de Navarra, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas y a la documentación clínica, se refiere a “*persona mayor de edad o menor al que se le reconoce capacidad conforme a la presente Ley Foral*”. En sentido parecido se pronuncia la Ley 1/2003, de 28 de enero de la Comunidad Valenciana, de derechos e información al paciente, que permite formular su voluntad anticipada a “*la persona mayor de edad o menor emancipada*”.

Igual que en esta cuestión, hay otros contenidos de las normas autonómicas que no son homogéneos con la estatal (documentación clínica, derecho a la información y privilegio terapéutico, decisión de los menores de edad, etc.), generando cierta confusión e inseguridad jurídica.

Efectos de la contradicción Ley básica - Leyes autonómicas

De lo anteriormente expuesto se desprende que pueden existir discordancias entre la Ley básica estatal y las normativas autonómicas, lo que necesariamente nos lleva a la cuestión de cuál de ellas será de aplicación. Para contestar a esta pregunta hay que diferen-

ciar si la norma autonómica que no respeta lo establecido en la Ley básica estatal es anterior o posterior a ésta:

➤ **Si la norma autonómica es anterior a la Ley básica 41/2002**, ésta pierde, en virtud de las variaciones introducidas por la ley básica estatal, su eficacia, de modo que se produciría un “*desplazamiento*” de la norma autonómica antigua por la norma estatal actual, debiendo quedar inaplicada. En este sentido, señala la STC 32/1981, de 28 de julio, que «*esta legislación de las Comunidades (...) puede quedar parcialmente invalidada por las normas básicas que, dentro de su competencia, establezca (...) el legislador estatal*». En el mismo sentido se pronuncia más recientemente, la STC 173/1998, de 23 de julio: «*El art. 149.1.1 CE habilita, pues, al Estado para regular el contenido primario, las facultades elementales y los límites esenciales en aquello que sea necesario para asegurar una igualdad de los españoles (...). La legislación que con base en este precepto constitucional pueda dictar el Estado deberá sin duda ser respetada por el legislador autonómico (...). Sin embargo, en tanto que esa legislación estatal no se haya dictado, resultará sumamente difícil atribuir a la legislación autonómica una invasión competencial, ya que el art. 149.1.1 CE, más que delimitar un ámbito material excluyente de toda intervención de las Comunidades Autónomas, lo que contiene es una habilitación para que el Estado condicione -precisamente mediante el establecimiento de unas «condiciones básicas» uniformes- el ejercicio de esas competencias autonómicas con*

el objeto de garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos y en el cumplimiento de sus deberes constitucionales. En suma, si el Estado considerara necesario establecer en el futuro esas condiciones básicas y al dictarlas éstas entraran en contradicción con preceptos de leyes autonómicas en vigor, estos últimos quedarían automáticamente desplazados por aquéllas (...)».

🔗 **Si la norma autonómica es posterior a la Ley básica 41/2002**, tal disposición podría adolecer de inconstitucionalidad por regular una materia sobre la que carece de competencia. Así lo ha señalado también el propio Tribunal Constitucional. Según se afirma en la STC 61/1993, de 18 de febrero, «en el juicio de constitucionalidad se trata de valorar (...) la existencia de una antinomia entre la norma básica estatal y la norma autonómica, que en caso de darse debe ser corregida y reparada por este Tribunal, mediante la declaración de inconstitucionalidad (...)».

■
El juez ordinario no puede inaplicar una ley autonómica que presuntamente vulnere la legislación básica, sino que esta competencia corresponde exclusivamente al Tribunal Constitucional

También en otras sentencias se recoge la idea de la inconstitucionalidad de naturaleza mediata o indirecta cuando no deriva de una contradicción frontal con la Constitución, sino de no adaptarse el legislador autonómico a las previsiones de una Ley básica. En este sentido se pronuncian las SSTC

60/1993, de 18 de febrero, y 163/1995, de 8 de noviembre. Según esta última, «la inconstitucionalidad que se denuncia, de llegarse a apreciar, dimanará de la infracción por la ley autonómica del orden constitucional de distribución de competencias, si bien esta infracción será mediata o indirecta». No obstante, el juez ordinario no puede por sí mismo inaplicar una ley autonómica que presuntamente vulnere la legislación básica, sino que esta competencia corresponde exclusivamente al Tribunal Constitucional, que tiene el monopolio del control de constitucionalidad de las normas. Ello supone que, en tanto que dicha regulación no sea expulsada del ordenamiento jurídico, de acuerdo con el procedimiento legalmente establecido, será de aplicación.

■
En el caso de plantearse dicho conflicto de competencias por parte del Estado, el Tribunal Constitucional analizará con carácter previo si la norma estatal que opera como canon en el control de constitucionalidad de la ley autonómica tiene, en efecto, carácter básico.

■
En el caso de plantearse dicho conflicto de competencias por parte del Estado, el Tribunal Constitucional analizará con carácter previo si la norma estatal que opera como canon en el control de constitucionalidad de la ley autonómica tiene, en efecto, carácter básico. El hecho de que el legislador estatal califique de «básica» una norma, no supone que la misma deba necesariamente reputarse como tal, pues es imprescindible que la misma revista ma-

terialmente dicho carácter (SSTC, 213/1988, de 11 de noviembre, 259/1988, de 22 de diciembre, 109/1998, de 21 de mayo).

Sobre esta base se ha planteado la duda acerca de la constitucionalidad de la Ley básica 41/2002, por otorgar dicho carácter a ciertas disposiciones, excediéndose de la atribución competencial fijada en la Constitución al Estado, al regular materias que son competencia de las Comunidades Autónomas. La determinación de esta circunstancia corresponde también, en exclusiva, al Tribunal Constitucional, que deberá resolver caso por caso (SSTC 102/1995, de 26 de junio y 156/1995, de 26 de octubre).

Así, el Parlamento de Cataluña acordó el 13 de febrero de 2003, la presentación de un recurso de inconstitucionalidad contra el artículo 14.2, el artículo 17.4, el artículo 21, segundo inciso del apartado 1, y la Disposición Adicional Primera de la Ley básica 41/2002, pendiente aún de resolución.

Habrà que ver como queda finalmente su validez, si bien mientras coexiste la aplicación de ambas normas.

SERGIO ROMEO

DOCTOR EN DERECHO
CENTRO DE DERECHO Y GENÉTICA
UNIVERSIDAD DE TASMANIA, HOBART (AUSTRALIA)
INVESTIGADOR CÁTEDRA INTERUNIVERSITARIA
DE DERECHO Y GENOMA HUMANO
UNIV. DE DEUSTO / UNIV. DEL PAÍS VASCO

(1) Sobre esta cuestión me he ocupado más extensamente en mi trabajo «Efectos jurídicos de la contravención por parte de las Comunidades Autónomas de la legislación básica estatal en materia de derechos de los pacientes», en J.M. Vidal Beltrán/M. A. García Herrera (coords.), «El Estado Autonómico: integración, solidaridad, diversidad». Volumen II, Colex-INAP, Madrid, 2005, pp. 367-380.

La biblioteca del IBB

En el presente número damos a conocer una selección de las monografías que hemos incorporado a la biblioteca del Instituto desde Abril a Junio de 2006, y que por su temática pueden ser de interés

- ❖ 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*. París: 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. Guia nº1. *Creación de comités de bioética*. Guia nº2. *Bioethics Committed 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.

El Instituto recuerda a todos los lectores que el contenido de la biblioteca y centro de documentación, con más de 12.000 monografías y 200 revistas nacionales y extranjeras, se puede consultar "on line" a través de nuestra página web: www.ibbioetica.org

agenda

✓ **8th World Congress of Bioethics “A Just and Healthy Society”** organizado por la «International Association of Bioethics» para los días 6 a 9 de Agosto en Beijing (China). Más información: www.chinamed.com.cn/IAB2006 y www.bioethics-international.org

✓ **16ième Congrès Mondial de Droit Médical**, organizado por «The World Association for Medical Law» y «The ARFDM» para los días 7 a 11 de Agosto en Toulouse (Francia). Más información: 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”** organizado por la «European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare» (ESPMH) y la «Finnish Society for Philosophy of Medicine» para los días 23 a 26 de Agosto en Helsinki (Finlandia). Más información: Tel.+31-24-3615320. E-mail: b.gordijn@efg.umcn.nl y/o d.verhaar@efg.umcn.nl

✓ **Congreso Internacional «Stem Cells: What future for therapy? Scientific aspects and bioethical problems»** organizado por la “World Federation of Catholic Medical Associations Pontifical Academy for Life” para los días 14 a 16 de Septiembre en Roma. Más información: www.stemcellsrome2006.org

✓ **XXIII Reunión Interdisciplinar José de Acosta (ASINJA) “Nuevas perspectivas científicas y filosóficas sobre el ser humano”** organizada por la Asociación “ASINJA” para los días 21 a 24 de Sep-

tiembre en Galapagar (Madrid). Más información: Tel. 91 542 28 00 y E-mail: asinja@hotmail.com

✓ **EACME (European Association of Centres of Medical Ethics) Annual Conference 2006 “New Pathways for European Bioethics”**, organizada con el «Centre for Biomedical Ethics and Law Catholic University of Leuven» para los días 28 a 30 de Septiembre en Leuven (Bélgica). Más información: www.eacmeweb.com yhgkj www.kuleuven.be

✓ **XI Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética**, organizadas por la Asociación Argentina de Bioética para los días 28 a 30 de Septiembre en Córdoba (Argentina). Información: www.aabioetica.org

✓ **II Congreso Nacional de Alzheimer – 100 años de Historia (1906-2006)**, organizado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), la Sociedad Española de Neurología (SEN) y la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias (CEAFA) para los días 19 a 21 de Octubre en Las Palmas de Gran Canaria. Secretaría Técnica: Tel. 928 27 30 27, Fax. 928 22 73 30 y E-mail: elipse@elipse-eventos.com

✓ **VIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario**, organizado por la Asociación Española de Derecho Sanitario para los días 19 a 21 de Octubre en Madrid. Información: AEDS. Tel. 91 561 17 12, Fax. 91 411 41 07 y E-mail: aeds@aeds.org. Secretaria de Organización: Siasa Congresos. Tel. 91 457 48 91, e-mail: acortes@siasa.es

bioètica & debat

CON LA COLABORACIÓN DE

 FUNDACIÓN
MAPFRE

CAIXA DE CATALUNYA 