

3. Tramitacions en curs

3.01. Projectes i proposicions de llei i altres propostes de norma

3.01.01. Projectes de llei

Projecte de llei de modificació del Codi civil de Catalunya en matèria de suports a l'exercici de la capacitat jurídica de les persones

200-00002/15

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES A L'ARTICULAT

Sol·licitud: GP CUP-DT, GP VOX, GP Comuns, GP Junts, GP ERC (reg. 43179; 43542; 43724; 45982; 46252).

Pròrroga: 8 dies hàbils (del 07.07.2025 al 16.07.2025).

Finiment del termini: 17.07.2025; 10:30 h.

3.01.02. Proposicions de llei

Proposició de llei d'atenció pal·liativa pediàtrica integral

202-00053/15

PRESENTACIÓ: GP JUNTS

Reg. 44374 / Admissió a tràmit: Mesa del Parlament, 01.07.2025

A la Mesa del Parlament

Mònica Sales de la Cruz, portaveu del Grup Parlamentari de Junts, d'acord amb el que estableixen els articles 111.b i 112 del Reglament del Parlament, presenta la proposició de llei següent:

Proposició de llei d'atenció pal·liativa pediàtrica integral

Exposició de motius

L'atenció pal·liativa és un dret dels pacients reconegut per organismes internacionals i una prestació sanitària clarament descrita a la legislació catalana.

La Convenció dels Drets dels infants, aprovada per les Nacions Unides l'any 1989 recull al seu article 6 que l'infant té el dret intrínsec a la vida i que els Estats membres han d'assegurar al màxim possible la supervivència i el desenvolupament de l'infant, i al seu article 23 el dret a l'infant amb necessitats especials a rebre les atencions necessàries i insten als estats perquè, d'acord amb els recursos disponibles, es presti a l'infant beneficiari i als qui tinguin la responsabilitat de la seva cura l'ajuda sol·licitada, i que aquesta sigui l'adequada a la situació de l'infant i dels pares o d'altres persones que en tinguin cura, de manera gratuïta sempre que sigui possible.

L'Estatut d'Autonomia de Catalunya, garanteix el dret a les cures pal·liatives. Al seu article 20 recull el dret de totes les persones a rebre un tractament adequat del dolor i cures pal·liatives integrals i a viure amb dignitat el procés de llur mort. Així mateix, la Llei 21/2000, de 29 de desembre, de drets de les persones en el procés final de la vida estableix els drets dels pacients en situació terminal, incloent-hi l'accés a cures pal·liatives.

També la Constitució Espanyola en el títol I reconeix el dret a la dignitat de la persona (art. 10), el dret a la integritat física i moral (art. 15) i el dret a la protecció de la salut (art. 43).

En els darrers anys, el Consell d'Europa ha publicat recomanacions específiques en què advoca per la definició de l'atenció Pal·liativa com un dret i una prestació més de l'assistència sanitària.

L'atenció palliativa es una forma de prestar assistència centrada en les persones. I en l'atenció palliativa pediàtrica integral les persones són el pacient pediàtric, la seva unitat familiar i els professionals que els atenen. Cal no oblidar el seu entorn escolar, els centres en règim residencial educatius i socials. No contemplar pacient pediàtric com a persona suposa no entendre la multidimensionalitat d'un subjecte que té una identitat i una dignitat pròpies, pertany a una cultura determinada, té o assumeix una sèrie de valors propis o familiars i està sostingut per una xarxa d'enllaços humans, materials i espirituals. Atendre'l de forma integral suposa, per tant, tenir en compte tant els problemes objectius com les necessitats que presenta i manifesta en les diferents esferes de la persona: física, psicològica, espiritual, social.

Els pacients pediàtrics, sovint, volen ser a casa, i les famílies, generalment prefereixen cuidar-los a casa durant la malaltia i fins la mort. Malgrat això, els recursos comunitaris són, sovint, inadequats per permetre a les famílies tenir cura dels pacients pediàtrics a casa.

L'equip assistencial s'ha d'adaptar, tant com sigui possible, a la dinàmica de cada família, per intentar que es mantingui la normalitat de la vida familiar i social sense interrompre la seva activitat quotidiana.

L'assistència s'ha de prestar on el pacient pediàtric i la unitat familiar decideixin romandre, fins i tot a zones rurals o despoblades. L'atenció a domicili suposa un impacte positiu en la qualitat de vida del pacient, ja que redueix la sensació de por, aïllament i desempament. Ofereix oportunitats importants de comunicació i socialització. A més, altres membres de la unitat familiar poden compartir responsabilitats a les cures.

Cal tenir en compte la participació dels germans del pacient a les cures. Cal fomentar-la i atendre els possibles sentiments de culpa i solitud, ja que durant el procés de malaltia i defunció pateixen i veuen alterats els vincles i les relacions familiars.

Actualment, l'estimació de pacients que cal atendre a Catalunya és d'entre 5.389 i 9.391, ja que dels 1.539.581 menors de 19 anys s'estima que precisen aquesta atenció entre 35 i 60 per cada 10.000 infants i adolescents.

A Catalunya aquesta atenció la va estructurar el Departament de Salut el 2020 amb el desplegament d'una Xarxa d'atenció palliativa pediàtrica integral (XAPPI). La seva finalitat era establir nivells i circuits per garantir l'accessibilitat, equitat i qualitat en la continuïtat assistencial i l'acompanyament del malalt, i la seva família, durant els diferents episodis del tractament i procés de la malaltia.

Fins llavors, la prestació d'aquesta atenció es feia de forma heterogènia a diferents hospitals de Catalunya. Amb aquest model organitzatiu integral naixia amb la voluntat d'establir una coordinació entre centres i serveis implicats en l'atenció que doni cobertura a tot el territori.

Mitjançant la creació de la xarxa s'havia de disposar de 3 nivells d'atenció amb equips multidisciplinaris formats per professionals de la medicina, la infermeria, psicologia i el treball social amb formació especialitzada de pediatria i específica en cures palliatives.

En primer lloc, amb els serveis d'atenció palliativa pediàtrica integral (els SAPPI), formats pels tres hospitals de referència en la temàtica: l'Hospital Universitari Vall d'Hebron, l'Hospital Sant Joan de Déu i l'Hospital Parc Taulí; que col·laboren entre ells per establir circuits i criteris homogenis de funcionament participant, a més, en projectes conjunts d'avaluació i de recerca. Les SAPPI assumeixen només l'atenció als infants i adolescents que es trobin en un grau de complexitat assistencial més elevat.

Progressivament s'havia d'ampliar la XAPPI en un segon nivell a centres hospitalaris de proximitat territorial, per garantir la millor oferta a professionals de referència específics en atenció palliativa pediàtrica, mantenint un circuit definit i constant amb les SAPPI. Un segon nivell que havia arribat a evitar un desplaçament més llarg als nens i famílies i permetria aproximar l'atenció al seu lloc de residència.

El desplegament total de la xarxa havia de comptar, en el tercer nivell, amb la implicació i la participació imprescindible dels professionals més propers al domicili de l'infant o adolescent: l'atenció pediàtrica de primària, els hospitals que ofereixen atenció bàsica pediàtrica i els centres d'atenció intermedia que ofereixen atenció palliativa.

Aquesta segona fase no es va implementar fins l'any 2024, amb la incorporació de 7 nous centres hospitalàries: Hospital Trueta de Girona, Sant Pau de Barcelona, Germans Trias i Pujol de Badalona, Althaia de Manresa, Arnau de Vilanova de Lleida, Joan XXIII de Tarragona i Verge de la Cinta de Tortosa.

També l'any 2021 es va posar en funcionament la primera fase del centre d'atenció intermèdia pediàtric, La Casa de Sofia, únic a l'Estat, de referència per a tota la població de Catalunya, gestionat per Sant Joan de Déu, amb 15 llits i un hospital de dia.

Durant l'any 2024 es van atendre 931 pacients en els diferents centres assistencials de la XAPPI. D'aquests, 327 van ser nous pacients, mentre que 155 es van donar d'alta i 155 van acabar amb defunció.

Un bon reflex de la feina realitzada pels equips assistencials amb les famílies ve donat pel percentatge de casos en els quals la mort es produeix en el lloc desitjat, que durant l'any 2024 va ser del 95,2%.

Des dels professionals fins a la unitat familiar, i els mateixos pacients afectats, pateixen les conseqüències que, actualment no existeixi encara una equitat territorial complerta amb l'existència d'unitats especialitzades i multidisciplinàries a totes vegueries, i el no desplegament encara d'aquest tercer nivell, amb la implicació i la participació dels professionals més propers al domicili de l'infant o adolescent: l'atenció pediàtrica de primària, els hospitals de proximitat amb atenció bàsica pediàtrica i els centres d'atenció intermedia que ofereixen atenció palliativa, propicia que molts d'aquests pacients no puguin ser atesos al seu domicili. Al contrari, aquests menors tenen, avui dia, en l'àmbit sanitari menys drets que una persona adulta, fet incomprensible des de qualsevol punt de vista, contrari als Drets de la Infància, i més en una societat que presumeix de defensar aquests drets, mentre s'oblida d'aquells que més ho necessiten.

Tanmateix, ja en el nou Codi Deontològic Mèdic de 2022, a l'article 38, es contempla tant l'obligació d'aplicar mesures adequades per procurar el major benestar possible i dignitat al pacient, encara que se'n pugui derivar un escurçament de la vida, com l'evitació de l'obstinació terapèutica, tenint sempre en compte la voluntat explícita o anticipada del pacient. També es contempla al mateix article la puntualització que no es provocarà intencionadament la mort del pacient, distingint-lo clarament de l'eutanàsia, fins i tot en el cas de la sedació palliativa que es considera absolutament correcta i indicada quan existeixen símptomes refractaris que no poden ser controlats amb els tractaments disponibles, obtenint sempre el consentiment del pacient.

D'altra banda, la realitat de les diferents vegueries i regions sanitàries en quant a població, dispersió i organització dels recursos és molt variable. La disponibilitat de serveis per a pacients pediàtrics no és equitativa i sovint depenen del lloc de residència o del tipus de diagnòstic.

L'administració sanitària ha de vetllar, en definitiva, perquè l'atenció a pacients amb necessitats d'atenció palliativa pediàtriques s'organitzi, implanti i desenvolupi a tota Catalunya.

Cal proporcionar als pacients pediàtrics atenció palliativa específica diferent de la dels adults. Per això es poden establir acords, aliances i circuits de consulta i derivació amb Unitats Específiques de Cures Palliatives Pediàtriques quan no se'n disposi, o si s'escau, organitzant i programant la creació progressiva dels recursos disponibles d'una manera integral i integrada per atendre aquestes peculiaritats.

Les necessitats individuals que són canviants en el temps, afecten tant el tipus com la quantitat de cures requerides, cosa que condiciona alhora les opcions organitzatives i els models específics d'atenció sanitària.

L'equip interdisciplinari d'atenció palliativa pediàtrica integral, o si no n'hi ha, professionals amb formació específica en atenció palliativa pediàtrica, constitueix el centre d'una xarxa assistencial on es combinen i coordinen els recursos sanitaris disponibles en els diferents àmbits assistencials. Tots aquests recursos s'han d'implantar en l'atenció palliativa dels pacients pediàtrics al seu càrrec.

Aquests equips són possibles per desenvolupar l'atenció domiciliària, i en són exemple la XAPPI que s'està desplegant (amb massa lentitud) a Catalunya i que donen suport hospitalari d'atenció palliativa a infants i adolescents amb una malaltia que limita o amenaça la seva vida, incloent-hi les malalties en situació avançada i terminal que no requereixen ingrés hospitalari, però que pel seu nivell de dependència i necessitats sociosanitàries, requereixen una valoració, atenció i seguiment integral per part d'un equip específic d'atenció palliativa en diferents intensitats.

Aquesta llei afronta aquesta situació des d'una reflexió profunda, per adoptar les mesures necessàries que impulsin el desenvolupament d'una cobertura que, en la mesura que sigui possible, ha de ser el més equilibrada i estesa a tota Catalunya. Hi ha d'haver un compromís global del Govern de Catalunya i del Departament de Salut. S'hi articulin els recursos públics, però el més important és que el desplegament d'aquest sistema, com ja ha quedat acreditat en diversos estudis, suposaria a curt termini un gran estalvi per a les administracions per minimitzar visites i ingressos hospitalaris.

A més aquesta llei s'inspira també en els principis que la Convenció Internacional sobre drets de les persones amb discapacitat, feta a Nova York el 13 de desembre de 2006, per a persones amb discapacitat, aplicables en el cas dels pacients pediàtrics per la seva situació de discapacitat de fet, i entre els quals s'estableix el propòsit de promoure, protegir i assegurar el gaudi ple i en condicions d'igualtat de tots els drets humans i llibertats fonamentals per totes les persones discapacitades, incloent-hi el respecte de la seva dignitat inherent. D'això es dedueix i s'estableix la regla general del respecte a la voluntat de la persona, la qual serà l'encarregada de prendre les seves pròpies decisions, en la mesura de les seves possibilitats, comptant amb l'ajuda de figures com la curatela, el defensor judicial, guarda de fet, i totes aquelles mesures que ajudin al pacient pediàtric en el procés de la presa de decisions. Per a donar curs, entre altres, a aquests procediments, és rellevant la figura del Treballador social especialitzat en els equips d'atenció palliativa pediàtrica.

Proposició de llei

Títol I. Disposicions Generals

Article 1. Objecte

És l'objecte d'aquesta llei reconèixer, protegir i regular, sense cap discriminació, el dret dels pacients pediàtrics amb una malaltia que limita o amenaça la seva vida, incloent les malalties en situació avançada i terminal, i les malalties rares, minoritàries o poc freqüents, a rebre una valoració, atenció i seguiment integrals per part d'un equip específic d'atenció palliativa en els diferents nivells d'atenció, orientat a alleugerir tant com es pugui, els patiments associats a aquesta malaltia, tant físics com psicològics, i incrementar la qualitat de vida del pacient i de la seva unitat familiar, fins a la seva mort, inclosa l'atenció al dol del seu entorn.

Així com, determinar els deures del personal sanitari que atenen aquests pacients, i les garanties que les institucions sanitàries estan obligades a proporcionar respecte a aquest procés.

Article 2. Finalitats

a. Protegir la dignitat dels pacients pediàtrics en el procés de malaltia i defunció, sense avançar-lo ni perllongar-lo indegudament. L'eutanàsia és una pràctica que queda fora de l'atenció palliativa pediàtrica.

b. Que l'edat no sigui un impediment perquè cada pacient pediàtric rebi allò que necessita.

c. Assegurar l'autonomia i el respecte a la voluntat dels pacients pediàtrics en el procés de malaltia i defunció, en funció de les seves capacitats per edat i grau de maduresa, mitjançant la planificació anticipada de decisions que ha de constar a l'historial mèdic i haver estat tractat mitjançant la figura de la conferència de cas.

d. Que a la presa de decisions es prioritzi l'interès del pacient pediàtric per sobre de qualsevol altre.

e. Proporcionar una atenció integral de qualitat als destinataris d'aquesta llei tant al seu domicili com als centres sanitaris, educatius o socials, sempre incloent-hi la companyia de les persones que hi són importants pels pacients.

f. Donar una regulació i finançament a tot el territori de Catalunya que permeti dedicar els recursos necessaris, humans organitzatius i materials perquè es pugui prestar atenció específica palliativa pediàtrica amb eficàcia a tots els pacients pediàtrics que ho necessitin.

Article 3. Àmbit d'aplicació

Aquesta llei s'aplica a l'àmbit de Catalunya, als pacients pediàtrics que pateixen una malaltia que limita o amenaça la seva vida, malalties en situació avançada i terminal, incloent-hi les malalties rares, minoritàries o poc freqüents i pacients majors d'edat susceptibles de rebre atenció palliativa pediàtrica; al personal implicat en la seva atenció sanitària, així com l'àmbit domiciliari i també els centres, serveis i establiments sanitaris i sociosanitaris, educatius i socials en règim residencial, tant públics com privats, i a entitats asseguradores que prestin els seus serveis.

Article 4. Principis bàsics

Són principis bàsics que inspiren aquesta llei:

a. La garantia del ple respecte del dret a la plena dignitat del pacient pediàtric durant la malaltia i en el procés de mort.

b. La promoció de la voluntat, llibertat i autonomia dels pacients esmentats d'acord amb la capacitat que determini la seva edat i el grau de maduresa, així com la preservació de la seva intimitat i confidencialitat.

c. La garantia que el rebuig d'un tractament realitzat segons el protocol adequat no suposi el menyscabament d'una atenció sociosanitària integral i del dret a la plena dignitat del pacient pediàtric.

d. La garantia del dret de tots els pacients pediàtrics a rebre atenció palliativa integral i un tractament adequat del dolor i altres símptomes psicològics en el procés de mort o en el procés de malalties greus que amenacen, incapaciten o limiten la seva vida en situació avançada o terminal, incloent-hi les malalties rares, minoritàries o poc freqüents.

e. La igualtat efectiva i l'absència de discriminació en l'accés als serveis sanitaris en el procés de mort o d'aquestes malalties.

f. Facilitar l'accés de les unitats familiars a un programa d'atenció palliativa pediàtrica. La unitat d'atenció són el pacient i la seva família.

g. Les cures palliatives haurien de començar quan el pacient sigui diagnosticat d'una malaltia que comporti una condició incapacitant o amenaçadora per a la vida i continuar durant tot el curs de la malaltia.

h. Els pacients pediàtrics i la seva unitat familiar seran atesos per la Unitat d'atenció Palliativa pediàtrica, que estarà formada per un metge pediatre, una infermera, un psicòleg i treballador social, tots ells amb formació específica en cures palliatives pediàtriques.

Article 5. Definicions

Als efectes d'aquesta llei, s'entén per:

a. Qualitat de vida: satisfacció individual davant de les condicions de vida des dels valors i les creences personals.

b. Consentiment informat: d'acord amb el que disposa l'article 3 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, «la conformitat lliure, voluntària i conscient d'un pacient, manifestada en ple ús de les facultats després de rebre la informació adequada, perquè tingui lloc una actuació que afecta la seva salut».

c. Atenció integral pal·liativa pediàtrica específica: conjunt coordinat d'atencions sanitàries i psicològiques, socials i espirituals dirigides, des d'un enfocament integral, a la millora de la qualitat de vida dels pacients i de la seva unitat familiar, afrontant els problemes associats amb una malaltia avançada progressiva, incurable i irreversible, mitjançant la prevenció i l'alleugeriment del patiment, així com la identificació, la valoració i el tractament del dolor i altres símptomes físics o psicològics.

d. Centre sociosanitari: a efectes d'aquesta llei, és aquell on es proporciona atenció destinada a aquells pacients amb malalties cròniques complexes que amenacen la seva vida, que per les seves característiques especials poden beneficiar-se de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris, psicològics i socials per augmentar la seva autonomia, pal·liar les seves limitacions o patiments i facilitar l'atenció professional i humanitzada en el procés d'infermetat i mort.

e. Planificació anticipada de decisions: (Definició gencat) Procés reflexiu entre una persona amb les seves capacitats intel·lectuals mantingudes, la seva unitat familiar i els professionals implicats en la seva atenció, sobre els seus valors i les seves preferències en relació a la seva atenció sanitària i social, especialment en situacions greus o amb pronòstic de vida molt limitat.

f. Intervenció en l'àmbit de la sanitat: d'acord amb el que disposa l'article 3 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, és «tota actuació realitzada amb fins preventius, diagnòstics, terapèutics, rehabilitadors o de recerca».

g. Adequació de mesures terapèutiques: adaptació del tractament de manera proporcional a la situació del pacient que pateix una malaltia avançada progressiva, incurable i irreversible o en situació terminal, segons el pronòstic de quantitat i qualitat de vida actuals i futures, i oferint els mitjans necessaris per a la seva cura i benestar, que inclou la retirada o no instauració d'una mesura de suport vital o de qualsevol altra intervenció que, atès el mal pronòstic de la persona en termes de quantitat i qualitat de vida futures, només contribueix, segons el parer dels professionals sanitaris implicats, a prolongar en el temps una situació clínica manca d'expectatives raonables de millora.

h. Mesura de suport vital: intervenció sanitària destinada a mantenir les constants vitals de la persona, independentment que aquesta intervenció actuï o no terapèuticament sobre la malaltia de base o el procés biològic, que n'amenaça la vida.

i. Metge o metgessa responsable: d'acord amb el que disposa l'article 3 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, és «el professional que té a càrrec seu coordinar la informació i l'assistència sanitària del pacient o de l'usuari, amb el caràcter d'interlocutor principal d'aquest en tot allò que fa referència a la seva atenció i informació durant el procés assistencial, sense perjudici de les obligacions d'altres professionals que participen a les actuacions assistencials».

j. Obstinació terapèutica: situació en què, a una persona, que es troba en situació terminal o d'agonia i afecta d'una malaltia greu i irreversible, se li inicien o mantenen mesures de suport vital o altres intervencions mancades d'utilitat clínica, que únicament prolonguen la seva vida biològica, sense possibilitats reals de millora o recuperació, i són, en conseqüència, susceptibles de limitació.

k. Persones en procés de morir: persones que es troben en situació de malaltia avançada o d'agonia.

l. Representant: persona major d'edat i capaç que emet el consentiment per representació d'una altra, i ha estat designada per a aquesta funció mitjançant una declaració de voluntat vital anticipada o, si no n'hi ha, seguint les disposicions legals vigents en la matèria.

m. Sedació: administració de fàrmacs per l'alleugeriment, no aconseguit amb altres mitjans, d'un patiment físic i/o psicològic, mitjançant la disminució prou profunda de la consciència d'un pacient.

n. Sedació a l'agonia: sedació utilitzada per reduir la consciència de forma irreversible quan la persona es troba en situació terminal o d'agonia, per alleujar adequadament un o més símptomes refractaris físics i psicològics, previ consentiment informat explícit en els termes establerts a la Llei 41/2002, modificada per la llei 26/2015, de 28 de juliol.

o. Síntoma refractari: síntoma físic i psicològic que no pot ser adequadament controlat malgrat els esforços per trobar un tractament tolerable dins un termini de temps raonable sense comprometre la consciència del malalt. La seva determinació ha d'incloure, si és possible, el consens amb altres membres de l'equip terapèutic i/o l'assessorament d'altres especialistes.

p. Situació d'agonia: fase gradual irreversible que precedeix la mort i que es manifesta clínicament per un deteriorament físic greu, debilitat extrema, trastorns cognitius i de consciència, dificultat de relació i d'ingesta i pronòstic vital de pocs dies.

q. Situació d'incapacitat de fet: Quan el pacient no sigui capaç de prendre decisions, a criteri del metge responsable de l'assistència, o el seu estat físic o psíquic no permeti fer-se càrrec de la seva situació. En el cas de pacients pediàtrics, quan no sigui capaç intel·lectualment ni emocionalment de comprendre l'abast de la intervenció.

r. Situació terminal: presència d'una malaltia avançada, progressiva, incurable i irreversible, sense possibilitats raonables de resposta al tractament específic, amb un pronòstic de vida limitat a setmanes o mesos i en què poden concórrer símptomes intensos i canviants, així com un gran impacte emocional en malalts i en la seva unitat familiar, que requereixen una assistència palliativa específica.

s. Valors vitals: conjunt de valors i creences d'una persona que donen sentit al seu projecte de vida i que sustenten les seves decisions i preferències en els processos de malaltia i defunció.

t. Conferència de cas: És una reunió formal, interdisciplinària, estructurada i planificada on tots els proveïdors de serveis implicats en l'atenció palliativa pediàtrica d'un pacient treballen conjuntament amb l'objectiu de definir un pla individualitzat d'atenció integrada, únic per a cada pacient, compartit entre aquest, la seva unitat familiar o representants, i tots els proveïdors d'aquests serveis. La seva finalitat és coresponsabilitzar els professionals en l'atenció palliativa pediàtrica continuada i la garantia del seu compliment. La seva realització es pot dur a terme presencialment, per telèfon o videoconferència, de manera regular o davant de canvis inesperats.

u. Pla d'atenció: Conjunt d'accions i recursos de salut, socials i comunitaris que cal activar com a conseqüència de la Conferència de Cas, si el pacient no ho rebia prèviament, i mitjançant els quals es dona resposta a les necessitats de la persona per aconseguir els objectius generals i específics que també formen part d'aquest pla.

v. Malaltia incapacitant per a la vida és aquella condició en la qual la mort prematura és freqüent.

w. Malaltia amenaçadora per a la vida és aquella en la qual hi ha una alta probabilitat de mort prematura a causa de la severitat de la pròpia malaltia, però hi ha també possibilitat de supervivència a llarg termini en l'edat adulta.

x. «La Psicologia Palliativa: és el diferenciat camp dedicat a la intervenció psicològica per a l'optimització del funcionament psicològic de nens/as, adolescents,

joves, així com de les seves famílies i cuidadors durant la malaltia i en el final de vida, aplicant per part dels psicòlegs intervencions psicològiques eficaces per a fer possible el final de vida amb el menor sofriment i el major benestar, a més de prevenir el dol prolongat, incloent-hi l'objectiu d'optimitzar la comunicació entre els/les professionals sanitaris professional sanitari i els pacients/cuidadors, la facilitació de la presa de decisió; així com, la intervenció per al maneig de l'estrès dels propis sanitaris, la prevenció de la fatiga de compassió (desgast d'empatia) i del *burnout*»

y. Unitat familiar: És el nucli familiar i emocional del pacient pediàtric que pot estar format pels progenitors, germans, avis i altres persones convivents o d'anàloga relació.

z. Pacient pediàtric: Tot pacient susceptible de rebre atenció palliativa pediàtrica integral, incloent aquells que independentment de la seva edat cronològica, ho siguin per tenir un pes corporal pediàtric, una patologia pediàtrica, o una malaltia adquirida en la infància.

Títol II. Drets dels pacients en atenció palliativa pediàtrica

Article 6. Drets dels pacients en atenció palliativa pediàtrica

Els pacients pediàtrics amb una malaltia que limita o amenaça la seva vida, incloent-hi les malalties en situació avançada i terminal, a una atenció palliativa pediàtrica integral de qualitat tenen els següents drets:

a. Els pacients en atenció palliativa pediàtrica o en situació d'agonia, si així ho desitgen, tenen dret que se'ls proporcionin al domicili que designin al territori estatal, l'atenció palliativa que necessitin, sempre que no estigui contraindicat i siguin possibles.

b. Els pacients en atenció palliativa pediàtrica, tenen dret que se'n preservi la intimitat personal i de la seva unitat familiar i a la protecció de totes les dades relacionades amb la seva atenció sanitària.

c. Els pacients en atenció palliativa pediàtrica tenen dret a rebre l'atenció idònia que previngui i alleugereix el patiment, el dolor i altres símptomes, en la mesura que sigui possible, inclosa la sedació en el cas de patir símptomes físics o psicològics refractaris al tractament específic.

d. Els pacients en atenció palliativa pediàtrica tenen dret a rebre sedació a l'agonia quan ho necessitin i estigui indicada.

e. Tot pacient pediàtric té dret a rebre informació independentment de l'edat que tinguin, sobre la seva malaltia i les intervencions sanitàries proposades, de manera adaptada a la seva capacitat de comprensió. També té dret a que la seva opinió sigui escoltada de conformitat amb el que disposa l'article 9.3.c de la Llei 41/2002, segons la seva modificació per la Llei 26/2015, de 28 de juliol, i sobre la base de l'article 9 de la Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, que disposa que el menor a ser escoltat sense cap discriminació per edat, discapacitat o qualsevol altra circumstància, tant en l'àmbit familiar com en qualsevol procediment administratiu, judicial o de mediació en què estigui afectat i que condueixi a una decisió que incideixi a la seva esfera personal, la seva unitat familiar o social, tenint-se degudament en compte les seves opinions, en funció de la seva edat i maduresa. Per això, el menor haurà de rebre la informació que li permeti l'exercici d'aquest dret en un llenguatge comprensible, en formats accessibles i adaptats a les seves circumstàncies

Article 7. Dels pacients menors d'edat

Quan els pacients siguin menors d'edat i/o no siguin capaços intel·lectualment ni emocionalment d'entendre l'abast de la intervenció sanitària proposada, l'atorgament del consentiment informat correspondrà a les persones que en siguin els representants legals.

1. Aquest atorgament es realitzarà de conformitat amb el que disposa l'article 9.3, 9.4, 9.5, 9.6 i 9.7 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, que segons la seva mo-

dificació per la Llei 26/2015, de 28 de juliol, s'atorgaria el consentiment per representació en els següents casos i de la següent manera:

a. Quan el pacient no sigui capaç de prendre decisions, a criteri del metge responsable de l'assistència, o el seu estat físic o psíquic no li permeti fer-se càrrec de la seva situació. Si el pacient no té representant legal, el consentiment el prestaran les persones vinculades a ell per raons familiars o de fet.

b. Quan el pacient tingui la capacitat modificada judicialment i així consti a la sentència.

c. Quan el pacient menor no sigui capaç intel·lectualment ni emocionalment de comprendre l'abast de la intervenció. En aquest cas, el consentiment el donarà el representant legal del menor, després d'haver escoltat la seva opinió, conforme al que disposa l'article 9 de la Llei Orgànica 1/1996, de 15 de gener, de Protecció Jurídica del Menor.

2. Quan es tracti de menors emancipats o majors de 16 anys que no es trobin en els supòsits *b* i *c* de l'apartat anterior, no es pot prestar el consentiment per representació.

No obstant el que disposa el paràgraf anterior, quan es tracti d'una actuació de risc greu per a la vida o salut del menor, segons el criteri del facultatiu, el consentiment el prestarà el representant legal del menor, una vegada escoltada i tinguda en compte l'opinió d'aquest.

3. La pràctica d'assajos clínics i la pràctica de tècniques de reproducció humana assistida es regeixen pel que s'estableix amb caràcter general sobre majoria d'edat i per les disposicions especials aplicables.

4. En els casos en què el consentiment l'hagi d'atorgar el representant legal o les persones vinculades per raons familiars o de fet en qualsevol dels supòsits descrits, la decisió s'ha d'adoptar atenent sempre al major benefici per a la vida o la salut del pacient. Aquelles decisions que siguin contràries a aquests interessos s'han de posar en coneixement de l'autoritat judicial, directament o a través del Ministeri Fiscal, perquè adopti la resolució corresponent, llevat que, per raons d'urgència, no sigui possible demanar l'autorització judicial, i en aquest cas els professionals sanitaris han d'adoptar les mesures necessàries en salvaguarda de la vida o la salut del pacient, emparats per les causes de justificació de compliment d'un deure i d'estat de necessitat.

5. La prestació del consentiment per representació serà adequada a les circumstàncies i proporcionada a les necessitats que calgui atendre, sempre a favor del pacient i amb respecte a la seva dignitat personal. El pacient participarà en la mesura que sigui possible en la presa de decisions al llarg del procés sanitari. Si el pacient és una persona amb discapacitat, se li oferiran les mesures de suport pertinents, inclosa la informació en formats adequats, seguint les regles marcades pel principi del disseny per a tothom de manera que resultin accessibles i comprensibles a les persones amb discapacitat, per afavorir que puguin prestar el seu consentiment.

Article 8

Les persones menors d'edat emancipades o amb setze anys complerts, no incapaços ni incapacitades, prestaran per si mateixes el consentiment, si bé s'ha d'informar els seus pares i mares o representants legals, i la seva opinió serà tinguda en compte per a la presa de la decisió final corresponent, de conformitat amb el que disposa l'article 9.4 de la Llei 41/2002, modificada per la Llei 26/2015, del 28 de juliol. Així mateix, les persones menors d'edat emancipades o amb setze anys complerts tenen dret a revocar el consentiment informat i rebutjar la intervenció que els proposin els professionals sanitaris, en els termes que preveu aquesta llei.

Per a aquells pacients pediàtrics que sent majors d'edat amb discapacitat reconeguda que tinguin establerta alguna mesura judicial de suport, com la curatela, la guarda de fet o les mesures voluntàries, inclosa l'autocuratela, es tindrà en compte el que s'estableix en aquestes.

Article 9

En qualsevol cas, el procés d'atenció als pacients pediàtrics respectarà les necessitats especials d'aquestes en cada moment del procés de la seva malaltia i s'ajustarà al que estableix la normativa vigent.

Article 10

Els pacients pediàtrics hospitalitzats tenen dret a ser atesos en espais diferenciats dels d'atenció a adults, així com comptar amb llocs adaptats i acol·lidors on es faciliti el dret al lleure i a jugar.

També tindran dret a un procés educatiu segons la seva capacitat i desenvolupament evolutiu tant en el centre hospitalari, com en el seu domicili.

Títol III, Deures dels professionals que atenen pacients en atenció palliativa pediàtrica

Article 11. Deures respecte a la continuïtat de l'atenció palliativa pediàtrica

Les organitzacions sanitàries i els serveis assistencials mateixos han de garantir la continuïtat de l'atenció palliativa pediàtrica específica, durant 24 hores al dia, els 365 dies de l'any, per unitats d'atenció palliativa pediàtrica específica i la coordinació entre els diferents serveis i àmbits assistencials.

Article 12. Atenció individualitzada integral del pacient

L'atenció a cada pacient es planificarà mitjançant la conferència de cas com a eina per garantir el caràcter integral i personalitzat de les actuacions en cada cas concret, independentment dels contactes regulars inclosos a la pròpia atenció.

Es garantirà la participació del pacient pediàtric, familiars, i cuidadors o persona de relació afectiva propera.

Es podrà dur a terme de manera presencial telefònica o per videoconferència, sempre en intervals regulars o davant de canvis significatius.

Article 13. Deures respecte a la informació clínica

1. El metge pediatre amb les degudes competències específiques responsable de cada pacient ha de garantir el compliment del dret a la informació que estableix aquesta llei, informant al pacient pediàtric de manera oberta i honesta, en un ambient de proximitat i confiança.

2. Es garantirà als pacients en atenció palliativa pediàtrica informació sobre el seu estat de salut i sobre els objectius de l'atenció palliativa pediàtrica que rebran durant el procés, d'acord amb les seves capacitats, el grau de maduresa, les necessitats i les preferències.

3. S'han d'identificar i assignar professionals de referència dins de l'equip sanitari per a la comunicació amb el pacient i la seva unitat familiar.

4. Els clínics han d'investigar les preferències dels pacients en atenció palliativa pediàtrica, sobre quina informació volen rebre com interlocutor/s, freqüència, nivell de detall i complexitat, preguntant-los i adaptant la comunicació a les seves necessitats, valors i cultura a cada moment. En el cas de la família o representant legal, s'haurà d'assegurar de que aquests entenen la informació que se'ls proporciona sobre la situació clínica del pacient i que té capacitat suficient per proporcionar al malalt l'atenció que necessita.

5. Les reunions amb el pacient i la seva unitat familiar s'han de planificar amb antelació d'acord amb aquests.

6. Les organitzacions sanitàries han de proporcionar als professionals que treballen amb pacients pediàtrics que necessiten atenció palliativa una formació adequada en habilitats per a la comunicació.

7. Tots els professionals sanitaris que atenguin els pacients pediàtrics durant el procés assistencial o els apliquin una intervenció concreta, tenen obligació de faciliti-

tar-los informació clínica en funció del seu grau de responsabilitat i participació en el procés d'atenció sanitària.

8. Els professionals sanitaris a què fan referència els apartats 1 i 2 d'aquest article deixaran constància en la història clínica que aquesta informació va ser proporcionada als pacients i suficientment compresa per aquests i de les decisions preses, inclòs el consentiment a la sedació.

9. La informació proporcionada i les seves particularitats seran consensuades per tots els professionals de l'equip que intervingui en el procés assistencial per evitar duplicitats i incoherències, comptant amb un protocol d'elaboració identificat a la corresponent conferència de cas.

Article 14. Deures respecte a la presa de decisions clíniques

1. El metge responsable, abans de proposar qualsevol intervenció sanitària a un pacient en atenció pal·liativa pediàtrica, s'assegurarà que aquesta està clínicament indicada, elaborant el seu judici clínic al respecte basant-se en l'evidència científica disponible, en el saber professional, en la seva experiència i en l'estat clínic, la gravetat i el pronòstic de la persona afectada. En el supòsit que aquest judici professional conclogui amb la indicació d'una intervenció sanitària, la sotmetrà llavors al consentiment lliure i voluntari del pacient, que podrà acceptar la intervenció proposada, elegir lliurement entre les opcions clíniques disponibles, o rebutjar-la, en els termes que preveuen aquesta Llei i la Llei 4/2002, de 14 de novembre segons la seva modificació per la Llei 26/2015, de 28 de juliol, tal com s'especifica a l'article 12 d'aquesta llei.

2. Tots els professionals sanitaris i socials implicats en l'atenció dels pacients tenen l'obligació de respectar els seus valors, creences i preferències en la presa de decisions clíniques, en els termes que preveuen aquesta Llei, la Llei 41/2002, de 14 de novembre, la Llei 1/2006, de 3 de març segons la seva modificació per la Llei 26/2015, de 28 de juliol i les seves normes de desenvolupament, i s'abstindran d'imposar criteris d'actuació basats en les seves creences i conviccions personals, morals, religioses o filosòfiques.

Article 15. Deures respecte a la Planificació anticipada de decisions

1. Tots els professionals sanitaris estan obligats a proporcionar, als pacients pediàtrics i als responsables que la sol·licitin, informació sobre el dret a que consti al seu historial mèdic una planificació anticipada de decisions que només s'aplicarà en cas que el pacient no pugui expressar la seva voluntat, i que sempre que la persona ho permeti, haurà de tenir la participació en el procés de deliberació de la seva unitat familiar, persones de confiança i el seu representant.

2. La finalitat de la planificació esmentada serà poder prendre decisions sanitàries coherents amb els desitjos i valors del pacient en el cas que perdi la seva capacitat de decidir per si mateix. El pacient ho realitzarà de manera informada respecte als objectius, límits i conseqüències del procés de planificació, i prendrà la decisió sempre de manera lliure i voluntària, amb capacitat suficient per decidir.

3. A més de registrar-se a la història clínica, aquest pla haurà de ser revisat periòdicament o quan canviïn les condicions de salut o es produeixin canvis vitals importants. Es comunicarà també a totes les persones implicades en l'atenció sanitària del pacient, unitat familiar i representant, sempre amb el permís del pacient.

4. Els professionals sanitaris tenen obligació de respectar els valors i les instruccions continguts en la planificació anticipada de decisions, en els termes que preveuen aquesta llei, la Llei 41/2002, de 14 de novembre, la Llei 1/2006, de 3 de març, a l'article 6 i les seves normes de desenvolupament.

Article 16. Deures respecte de les persones que es puguin trobar en situació d'incapacitat de fet

1. El metge responsable és qui valorarà si el pacient en atenció pal·liativa pediàtrica es troba en una situació d'incapacitat de fet que li impedeix decidir per ell mateix.

Aquesta valoració constarà adequadament a la història clínica. Per determinar la situació d'incapacitat de fet s'avaluaran, entre altres factors que s'estimin clínicament convenients, els següents:

- a. Si te dificultats per comprendre la informació que se li subministra.
- b. Si reté defectuosament aquesta informació durant el procés de presa de decisions.
- c. Si no utilitza la informació de forma lògica durant el procés de presa de decisions.
- d. Si falla en l'apreciació de les possibles conseqüències de les diferents alternatives.
- e. Si no aconsegueix prendre finalment una decisió o comunicar-la.

2. Per valorar aquests criteris s'haurà de comptar amb l'opinió dels professionals implicats directament en l'atenció d'aquests pacients. Així mateix, es tindrà en compte la unitat familiar i la persona vinculada per una relació d'afectivitat, a fi de conèixer-ne l'opinió.

3. Un cop establerta la situació d'incapacitat de fet, el metge responsable ha de fer constar a la història clínica les dades de qui hagi d'actuar per la persona en situació d'incapacitat, d'acord amb el que preveu aquesta llei.

Article 17. Deures respecte a l'adequació de mesures terapèutiques

1. El metge responsable de cada pacient, en l'exercici d'una bona pràctica clínica, adequarà les mesures terapèutiques quan la situació clínica ho aconselli evitant l'obstinació terapèutica. L'adequació de la mesura haurà de constar a la història clínica.

2. La decisió sobre l'adequació de la mesura terapèutica es durà a terme de manera col·legiada amb l'equip assistencial responsable.

3. En qualsevol cas, el metge responsable, així com els altres professionals sanitaris que atenguin els pacients, estan obligats a oferir les intervencions sanitàries necessàries per garantir-ne l'adequada cura i el confort.

Títol IV. Garanties que proporcionaran les institucions sanitàries o sociosanitàries

Article 18. Garantia dels drets dels pacients en atenció pal·liativa pediàtrica

1. L'administració sanitària, així com les institucions recollides a l'article 3 anterior, han de garantir, en l'àmbit de les competències respectives, l'exercici dels drets que estableix el títol II d'aquesta llei.

2. Les institucions sanitàries, sociosanitàries i socials responsables de l'atenció directa als pacients han d'arbitrar els mitjans perquè els drets d'aquests no es vegin minvats en cap cas o eventualitat, inclosa la negativa o l'absència del professional o la professional, així com qualsevol altra causa sobrevinguda.

3. Les institucions sanitàries, sociosanitàries i socials han de garantir la formació dels equips professionals a fi que els seus integrants estiguin en condicions de fer efectius els drets d'aquests pacients reconeguts en aquesta llei.

4. Les institucions sanitàries, sociosanitàries i socials han de prendre les mesures necessàries per garantir que els pacients en atenció pal·liativa pediàtrica siguin informats en tot moment de tot allò que concerneixi els seus interessos, drets i el seu benestar personal, psicològic i social, en un idioma, llenguatge i manera que siguin adequats, comprensibles, accessibles i adaptats a les seves circumstàncies, segons el seu desenvolupament evolutiu i maduresa.

5. L'administració sanitària promourà la formació de professionals i docents d'atenció integral pal·liativa pediàtrica, i la investigació específica en aquesta atenció, i dotarà de recursos específics.

6. Difondran aquestes institucions una cultura d'atenció integral, centrada en la unitat familiar i l'entorn dels pacients amb necessitats susceptibles d'atenció palliativa pediàtrica.

7. Les administracions també articularan el procediment adequat i eficaç per al reconeixement automàtic de la condició de discapacitat del pacient en situació d'atenció pediàtrica integral.

Article 19. Acompanyament dels pacients en atenció palliativa pediàtrica

1. Els centres i les institucions sanitàries i sociosanitàries han de facilitar als pacients pediàtrics amb una malaltia que limita o amenaça la seva vida, incloent-hi les malalties en situació avançada i terminal l'acompanyament de la unitat familiar i de la persona vinculada per una relació d'afectivitat, compatibilitzant-ho amb el conjunt de mesures sanitàries necessàries per oferir una atenció de qualitat als pacients.

2. Els centres i les institucions sanitàries i sociosanitàries han de facilitar, a petició dels pacients, de les persones que siguin els seus representants o dels seus familiars, l'accés a aquelles persones que els puguin proporcionar suport tant social com espiritual i psicològic sense oblidar l'aspecte lúdic que els pacients pediàtrics necessiten a diferència dels adults. Tot això de manera transversal i sempre conforme a les conviccions i creences, procurant, en tot cas, que no interfereixin amb les actuacions de l'equip sanitari.

Article 20. Estada en habitació individual per a persones en situació d'atenció palliativa pediàtrica

1. Els centres i les institucions sanitàries han de garantir als pacients en situació terminal, que hagin de ser atesos en règim d'hospitalització, una habitació individual durant la seva estada, amb el nivell de confort i intimitat que requereix el seu estat de salut.

2. Així mateix, aquests pacients poden estar acompanyats permanentment per una persona de la unitat familiar.

Article 21. Suport a la unitat familiar i a les persones cuidadores

1. Els centres i les institucions sanitàries i sociosanitàries han de donar suport psicològic i social i assistència a les persones cuidadores i a la unitat familiar de pacients en atenció palliativa pediàtrica, tant al seu domicili com als centres sanitaris i socials, de manera integral proporcionant serveis d'acompanyament i respir.

2. Centres de respir als cuidadors de pacients pediàtrics en situació d'atenció palliativa pediàtrica

3. Els centres i les institucions sanitàries i sociosanitàries han de prestar una atenció social i psicològica en el dol a la unitat familiar i a les persones cuidadores i han de promoure mesures per a l'acceptació de la pèrdua d'un ésser estimat i la prevenció del dol complicat. Aquest suport ha de començar amb el diagnòstic i continuar durant tot el procés de la malaltia, defunció i fins i tot posteriorment.

El suport als germans és una part integral de les cures palliatives.

Article 22. Suport a l'educació dels pacients pediàtrics.

L'administració garantirà mitjans adequats, incloent-hi personal específic a aquest efecte tant en aquests centres, com en el domicili del pacient (a través de l'Atenció educativa domiciliària) per a donar compliment del dret a l'educació reconegut en l'art. 15 d'aquesta llei duent a terme les adaptacions curriculars que siguin necessàries. Igualment es facilitarà en els casos en què sigui possible l'assistència a centres educatius del pacient.

Títol V. Infraccions i sancions

Article 23. Disposicions generals

1. Sense perjudici del que preveu la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, les infraccions que preveu aquesta llei i la seva normativa de desenvolupament són objecte

de sanció administrativa, amb la instrucció prèvia de l'expedient oportú, sense perjudici de les responsabilitats civils, penals o d'un altre ordre que puguin concórrer.

2. No es poden sancionar els fets que hagin estat sancionats, penalment o administrativament, en els casos en què s'aprecii identitat de subjecte, fet i fonament.

3. Són subjectes responsables de les infraccions, en la matèria regulada per aquesta llei les persones físiques o jurídiques que, per acció o omissió, hi hagin participat en aquelles mitjançant dol, culpa o negligència.

Article 24. Infraccions lleus

Es tipifica com a infracció lleu l'incompliment de qualsevol obligació o la vulneració de qualsevol prohibició de les previstes en aquesta llei, sempre que no sigui procedent la seva qualificació com a infracció greu o molt greu.

Article 25. Infraccions greus.

1. Es tipifiquen com a infraccions greus les següents:

a. L'incompliment de les normes relatives a l'emplenament de les dades clíniques.
b. L'impediment de l'acompanyament en el procés de mort, llevat que hi hagi circumstàncies clíniques que ho justifiquin.

2. Les infraccions tipificades com a lleus podran qualificar-se de greus, en atenció a les circumstàncies següents:

- a. Lesivitat del fet.
- b. Quantia de l'eventual benefici obtingut.
- c. Gravetat de l'alteració sanitària i social produïda.
- d. Grau d'intencionalitat.

Article 26. Infraccions molt greus

1. Es tipifiquen com a infraccions molt greus les següents:

a. L'obstacle o impediment als ciutadans del gaudi de qualsevol dels drets expressats al Títol I d'aquesta llei.
b. L'actuació que suposi incompliment dels deures establerts al Títol 11 d'aquesta llei.

2. Les infraccions tipificades com a greus també es poden qualificar de molt greus, en atenció a les circumstàncies que preveu l'apartat 2 de l'article anterior, llevat que aquesta concurrència n'hagi determinat la tipificació com a greu.

Article 27. Sancions

1. Les infraccions previstes en aquesta llei seran objecte de les sancions administratives previstes a l'article 36 de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat.

2. Sense perjudici de la sanció econòmica que pugui correspondre, en els supòsits d'infraccions molt greus, l'Administració sanitària competent pot acordar la revocació de l'autorització concedida per a l'activitat en centres i establiments sanitaris.

Disposició adicional única. Finançament

Crear i dotar a la Llei de Pressupostos una línia de finançament amb l'objectiu de crear unitats i equips d'atenció integral pal·liativa pediàtrica, així com centres de dia, d'atenció intermèdia i de respir, a totes les vegueries, com a garantia de defensa i cura d'aquests menors més vulnerables, revisable a majors segons varien les necessitats de la població pal·liativa pediàtrica.

Disposició derogatòria única

Queden derogades les disposicions del mateix rang o inferior que contravinguin aquesta llei.

Disposicions finals

Primera. Desenvolupament reglamentari i compliment dels objectius.

El Govern ha de desplegar reglamentàriament aquesta llei en els casos en què sigui imprescindible per aplicar-la, en el termini màxim d'un any des de l'entrada en

vigor d'aquesta llei, la qual cosa no impedirà l'aplicació de la llei en els termes en què no sigui necessari el desenvolupament posterior dels seus preceptes.

El Departament de Salut vetllarà pel desplegament de la llei en el termini establert i pel compliment dels objectius definits.

Segona. Habilitació pressupostària

Els preceptes que comporten la realització de despesa amb càrrec als Pressupostos de la Generalitat, produiran efecte a partir del primer dia de l'entrada en vigor de la Llei de Pressupostos corresponent a l'exercici pressupostari immediatament posterior a l'entrada en vigor d'aquesta Llei.

Tercera. Entrada en vigor

Aquesta llei entra en vigor l'endemà d'haver estat publicada en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*.

Palau del Parlament, 20 de juny de 2025

Mònica Sales de la Cruz, portaveu GP Junts

Proposició de llei de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista

202-00054/15

PRESENTACIÓ: GP PSC-UNITS, GP ERC

Reg. 45694 / Admissió a tràmit: Mesa del Parlament, 01.07.2025

A la Mesa del Parlament

Elena Díaz Torrevejano, portaveu del Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar, Ester Capella i Farré, portaveu del Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana de Catalunya, d'acord amb el que estableixen els articles 111.b i 112 del Reglament del Parlament, presenten la proposició de llei següent, i sol·liciten que es tramiti pel procediment d'urgència extraordinària d'acord amb el que estableix l'article 107 del Reglament del Parlament:

Proposició de llei de modificació de la Llei 5/2008 del dret de les dones a eradicar la violència masclista

Exposició de motius

La Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, va instaurar de manera pionera un abordatge integral de la prevenció i la reparació d'aquestes violències, més enllà de la violència exercida per la parella o ex parella. Amb la Llei 17/2020, del 22 de desembre, la Llei 5/2008 s'enfortia a partir de l'ampliació del reconeixement de les diverses formes i àmbits de les violències masclistes, incloent-hi les violències digitals, la violència institucional, la violència obstètrica i la vulneració dels drets sexuals i reproductius, o la violència en l'àmbit de la política i de l'esfera pública de les dones, així com de la interseccionalitat o concurrència de la violència masclista amb altres eixos de discriminació. S'hi recollia també la definició de feminicidi i la definició de consentiment sexual positiu, que estableix com a requisit essencial la voluntat expressa, i s'hi inclouen de manera explícita les dones, nenes i adolescents trans com a subjectes de la llei, tal com estableix el Conveni sobre la prevenció i la lluita contra la violència envers la dona i la violència domèstica, aprovat pel Consell d'Europa l'any 2011, més conegut com a Conveni d'Istanbul.

La Llei 5/2008 va ser novament revisada mitjançant la llei de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic del 2023 i la Llei 10/2023, del 7 d'agost, per eliminar alguns requisits de les indemnitzacions a les dones que resultaven re-