

APORTACIONS A LA PROPOSICIÓ DE LLEI D'ATENCIÓ PAL·LIATIVA PEDIÀTRICA INTEGRAL 202/00053/15

SÍNDICA DE GREUGES DE CATALUNYA

Compareixença 18 de febrer de 2026

Aquest document es focalitza i dona resposta a la petició que es va realitzar per part dels grups parlamentaris després de les aportacions realitzades per la síndica de greuges de Catalunya a la proposició de llei d'atenció pal·liativa pediàtrica integral, i específicament a les dues qüestions centrals plantejades següents:

1. respecte la possibilitat d'introduir elements de reflexió pel que fa al procés de presa de decisió i la valoració de l'edat i la maduresa del pacient pediàtric en el marc d'una atenció pal·liativa pediàtrica (pàg. 1 – 7)
2. amb relació al Títol V de la proposició de Llei esmentada, això es, el sistema disciplinari i règim sancionador (pàg. 8 – 18)

1.- APORTACIONS AMB RELACIÓ AL CONSENTIMENT, I EL PROCÉS DE PRESA DE DECISIONS. LA TEORIA DEL MENOR MADUR.

En resposta a la petició que es va realitzar per part dels grups parlamentaris i específicament respecte la possibilitat d'introduir elements de reflexió pel que fa al procés de presa de decisió i la valoració de l'edat i la maduresa del pacient pediàtric, us fem arribar les següents consideracions a partir del contingut del text normatiu.

1.a) El reconeixement de la participació de l'infant i adolescent i de la necessitat de comptar amb la família i persones que en tenen cura.

A l'exposició de motius es fonamenta la pertinença de la llei en l'article 23 de la Convenció de NNUU dels Drets dels Infants, que concretament disposa:

“Els Estats membres reconeixen el dret de l'infant disminuït a rebre atencions especials i vetllaran 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.”

A la mateixa exposició de motius es fa referència a què en l'atenció palliativa pediàtrica integral les persones són el pacient pediàtric, la seva unitat familiar i els professionals que els atenen.

Es fa constar que 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.

S'indica que l'assistència s'ha de prestar on el pacient pediàtric i la unitat familiar decideixin romandre, fins i tot a zones rurals o despoblades.

També es fa esment a la Convenció internacional sobre drets de persones amb discapacitat, aplicables a pacients pediàtrics.

Concretament es fa referència a aquest text com a inspirador de la llei:

“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.”

Observem fins aquí per tant, que en aquest preàmbul, es valora la necessitat de contemplar els professionals i la unitat familiar del pacient pediàtric en tot el procés d'atenció palliativa integral, inclosa la presa de decisions.

1.b) L'autonomia de la voluntat del pacient pediàtric en funció de les capacitats per edat i grau de maduresa

No obstant això en el text de la Llei disposa l'autonomia de voluntat del pacient pediàtric conforme el que disposa la normativa vigent, tant catalana (Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica) com estatal (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), posant més èmfasi en la capacitat de decidir per edat i grau de maduresa de l'infant o adolescent que en la rellevància del criteri, capacitat i acompanyament que aquest infant i adolescent necessàriament ha de rebre per part de la família, els professionals i altres persones del seu entorn per poder dur a terme la seva voluntat.

En aquest sentit fem referència als següents articles de la proposició de Llei:

2 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.

4 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.

6 c) 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.

7. 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.

7.1 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.

7.2. 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.

L'articulat respon a la translació de la normativa vigent¹.

1.c) Proposta d'actualització de la Llei 21/2000 i la introducció del model de presa de decisions compartida.

El Comitè de Bioètica, en la seva audiència, feia referència precisament a aquest últim apartat que recull el que disposa la Llei 41/2002, després de la modificació introduïda per la Llei 26/2015, i que restringeix l'autonomia de voluntat dels adolescents majors de 16 anys o emancipats, limitant-la en cas de risc greu per a la vida o salut, a criteri del facultatiu.

El Comitè de Bioètica ja es va pronunciar en el seu moment respecte la limitació que aquesta disposició de la normativa estatal suposava per a l'autonomia dels infants i adolescents respecte la normativa catalana, i demanava que s'actualitzés la Llei 21/2000, per poder acotar millor la possible aplicació d'aquesta restricció. Actualització que arran d'aquesta proposició de llei es tornava a reivindicar després de 25 anys.

La síndica se suma a aquesta petició i demana que es tinguin en compte models de presa de decisió consensuada que s'estan duent a terme en altres països com a bona pràctica, i que es reculli la necessitat d'acompanyament emocional i també de recursos i capacitats parentals i de l'entorn que un infant o adolescent requereix per poder dur a terme un procés d'exercici de la seva autonomia de la voluntat de manera efectiva i adequada als seus interessos.

Defensar l'autonomia de la voluntat només en base a la capacitat de discerniment del pacient en aquest cas, aplicant la teoria del menor madur, es basa en la filosofia lliberal occidental que sorgeix del Codi de Nuremberg. Alguns autors remarquen que aquests paradigmes bioètics occidentals tradicionals per a la presa de decisions mèdiques poden no ser els més adequats per a molts pacients i especialment pels pacients pediàtrics, ja que es basen en la lògica racional ideal com a motor de la conducta, quan a la vida real la participació de molts pacients i especialment els pediàtrics depèn de les relacions que tenen amb els adults i les decisions que aquests prenguin. També hi ha factors socials i culturals que poden

¹ .- Veure la Referència a l'informe anual de drets de l'infant 2024 publicat el novembre de 2025, pel que fa a l'accés a la salut, capacitat d'agència prevista a la normativa actual, en el següent apartat 1.d

incidir en la necessitat de prendre en consideració una decisió basada en el consens més que en l'autonomia de la voluntat del pacient pediàtric exclusivament, que aquest tipus de models no contemplen.

En una situació de final de vida, es fa molt evident que la participació i escolta del pacient pediàtric en la presa de decisions ha de ser el màxim d'individualitzada possible i incloure el consens amb els professionals i els familiars o adults de referència que hauran de realitzar l'acompanyament i les cures durant tot el procés.

Ara bé cal anar molt en compte en què aquesta recerca del consens basada en l'assumpció de la necessària participació de l'entorn no impliqui subordinar la voluntat, participació i benestar de l'infant o adolescent, tot fent prevaldre la voluntat i necessitats dels seus familiars o professionals, ni restringir els drets de l'infant o adolescent.

Es tracta d'exigir un exercici de recerca d'aquest consens i de procurar les condicions per poder exercir la participació efectiva del pacient pediàtric, tot adaptant-se a les seves necessitats d'expressió i comprensió. **La presa de decisions compartida és un model col·laboratiu en què les persones ateses, les famílies i els professionals prenen decisions conjuntament**, basant-se en la millor evidència científica disponible i en els valors i preferències de la persona afectada.

Aquest model és particularment important en pediatria, en què les decisions solen involucrar diverses parts amb diferents graus d'implicació i exigeix una formació i capacitació dels professionals i condicionar el sistema per poder-lo dur a terme.

Aquesta necessitat encara es fa més palesa en situacions d'especial vulnerabilitat com poden ser els casos en què l'infant i adolescent està tutelat per l'Administració.

Caldria contemplar específicament les situacions en què es poden trobar els infants i/o adolescents tutelats que estan institucionalitzats i requereixen de cures pal·liatives, ja que estan molt condicionats en el procés de decisió pels recursos humans i organitzatius que es necessiten per garantir una adequada atenció.

En aquest sentit, des de la institució ens preocupa aquesta qüestió i hem demanat als professionals de treball social dels diferents SAPPI quina és la seva experiència al respecte. Estem pendents de la seva resposta per poder complementar les aportacions al respecte.

Referències:

Maya Sabatello, Annie Janvier, Eduard Verhagen, Wynne Morrison & John

Lantos (2018) Pediatric Participation in Medical Decision Making: Optimized or Personalized?, The American Journal of Bioethics, 18:3, 1-3, DOI: 10.1080/15265161.2017.1418931

Victoria A. Miller, Optimizing Children's Involvement in Decision Making Requires Moving beyond the Concept of Ability, Am J Bioeth. 2018 March ; 18(3): 20–22. doi:10.1080/15265161.2017.1418923.

Gairí Burgués MA, Esquerda Areste M, Pifarré Paredero J, Miquel Fernández E, Solé Mir E. Evaluación de la madurez del menor en el ámbito sanitario: la perspectiva de padres y pediatras . Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;25:13-9. Publicado en Internet: 17-01-2023 - Número de visitas: 14823

Dra. Montserrat Esquerda Aresté Menors i madurs, és possible? La capacitat de les persones menors d'edat per prendre decisions sobre la seva salut, 2024, <https://derechos.som360.org/ca/article/menors-madurs-possible>

Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida. MedClin(Barc). 2011;136(1):26–30

.../...

1.d) Referència a l'informe anual de drets de l'infant 2024 publicat el novembre de 2025, pel que fa a l'accés a la salut, capacitat d'agència prevista a la normativa actual:

La normativa vigent, tant catalana (Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica) com estatal (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), preveu una regulació diferenciada del consentiment informat en funció de l'edat i la maduresa de cada infant i adolescent.

En l'àmbit de la salut, la capacitat de decisió dels infants i adolescents està especialment regulada, i està reforçada a partir dels dotze anys pel dret a ser escoltat i, a partir dels setze, per l'exigència de consentiment.

En el cas dels infants i adolescents menors de setze anys amb maduresa suficient per al tipus d'intervenció o decisió que cal prendre, cal promoure una decisió compartida amb els seus responsables legals i, en tot cas, fer prevaldre l'opinió de

l'infant o adolescent. Si es considera que no té la maduresa suficient, igualment ha de ser escoltat, especialment si té més de dotze anys, i s'ha de motivar degudament la decisió presa en contra de la seva voluntat.

Quan hi ha discrepàncies d'opinió entre un adolescent d'aquesta edat amb maduresa suficient i els seus pares o tutors, s'han de tenir en compte les conseqüències de la decisió. En cas de dubte, cal consultar el Comitè d'Ètica Assistencial i, si cal i per a casos extrems, el jutge, per prendre la decisió final. Pel que fa als infants menors de dotze anys, la decisió sobre els tractaments terapèutics la prenen, en principi, els progenitors o tutors legals, que han d'actuar d'acord amb l'interès superior de l'infant. La decisió ha de ser com més objectiva i proporcional millor, en benefici de l'infant. Si no ho és, els professionals sanitaris s'han d'adreçar al jutge i, en casos urgents, poden actuar seguint exclusivament criteris mèdics, prioritzant el que sigui el millor per a l'interès de l'infant.

Finalment, en cas de conflicte entre progenitors o representants legals sobre decisions sanitàries que afectin un infant, tant de prevenció com de protecció i restabliment de la salut, cal intentar arribar a un consens. En cas de discrepància, la família té dret a accedir a un procés de mediació a través d'un coordinador parental promogut per les autoritats sanitàries, amb l'objectiu de no demorar l'atenció requerida tot fent prevaldre l'interès superior de l'infant.

2.- APORTACIONS AMB RELACIÓ AL TÍTOL V DE LA PROPOSICIÓ DE LLEI I, EN PARTICULAR, SOBRE EL SISTEMA DISCIPLINARI I RÈGIM SANCIONADOR.

Es dona curs en aquest apartat a la petició dels grups parlamentaris a la síndica de greuges de Catalunya, amb relació al Títol V de la proposició de Llei de referència, això es, el sistema disciplinari i règim sancionador.

En *cursiva blava* apareixen els nostres comentaris i aportacions sobre la Proposició de Llei; en color negre les nostres propostes de redactat normatiu del Títol V.

En color vermell hem inclòs una proposta de redactat de les infraccions inspirades ens els drets i deures del Títol II i III de la Proposta de Llei, redactat que, com es podrà veure, resulta insatisfactori, amb molts conceptes jurídics indeterminats amb múltiples possibles interpretacions i que potencialment introduirien moltes situacions d'indefensió pel personal sanitari; aquesta indefensió resulta inacceptable des d'una perspectiva de seguretat jurídica i de respecte dels drets.

Exposició de motius

Al final de l'Exposició de motius caldria introduir una breu explicació de com s'estructura la llei (Títol I, títol II, títol III, etc fins al Títol V) i introduir , al final , un nou paràgraf a l'Exposició de motius:

En el Títol V es contemplen dues modalitats d'intervenció en cas de conflictes que es puguin produir en l'aplicació d'aquesta llei. D'una banda, es preveu un mecanisme alternatiu de resolució de conflictes, previ a l'aplicació del règim disciplinari; de l'altra el regim disciplinari i sancionador aplicable, amb descripció de les infraccions lleus, greus i molt greus i les sancions aplicables en cada cas, com també, les possibilitats de mesures substitutives de la sanció.

Títol V. Resolució alternativa de conflictes. Sistema disciplinari: infraccions i sancions

Capítol 1².

² .- Aquest capítol es una proposta de nova redacció, prèvia al sistema disciplinari.

Article ____. Mecanismes alternatius de resolució de conflictes previs al procediment disciplinari

Es preveu l'aplicació d'un sistema alternatiu de resolució de conflictes en aplicació de la present llei, sistema previ i prioritari al règim sancionador. Qualsevol comunicació que rebi la direcció dels centres sanitaris en relació a conflictes o incompliments de la present llei es derivarà en primera instància a les persones especialitzades de la Comissió Disciplinària³.

Prenent en consideració la situació de l'atenció pal·liativa i l'especial delicadesa i potencial vulnerabilitat del pacient pediàtric, familiars, cuidadors o persona de relació afectiva propera, així com del personal sanitari que els presta assistència, sovint en situacions límit, es facilitaran vies de diàleg, així com altres mecanismes de resolució de conflictes.

Es podrà sol·licitar la facilitació del diàleg per tercers, la mediació, la conciliació, processos de justícia restaurativa, així com altres mecanismes de resolució de conflictes previstos a la Llei.

Aquestes vies es poden activar davant de conflictes que es produeixin en el decurs de l'atenció pal·liativa pediàtrica o derivats de l'exercici dels drets o el compliment dels deures contemplats al Títol II i III de la present llei.

Els mitjans que es desenvolupin s'ajustaran, en tot el cas, als principis de voluntarietat amb consentiment informat, confidencialitat, equitat, imparcialitat, bona fe i respecte mutu, prevenció i prohibició de represàlies, flexibilitat, claredat i transparència.

Aquests mecanismes podran ésser sol·licitats per qualsevol de les persones esmentades davant de la direcció del centre sanitari que presti l'assistència⁴.

³ . Aquesta Comissió disciplinària, en funció de la dimensió i recursos dels diferents Hospitals, pot estar integrada per un membre responsable del sistema disciplinari, un membre del comitè de bioètica i un membre expert en resolució de conflictes i justícia restaurativa (o fins i tot per una o dues persones prèviament seleccionades d'aquests àmbits). En els centres sanitaris de més grandària a direcció dels centres sanitaris podran crear una "Comissió de Resolució de Conflictes, Justícia Restaurativa i Responsabilitat" (CRCJRR) paritària entre familiars de pacients pediàtrics, professionals d'atenció pal·liativa pediàtrica i direcció dels centres. Preferiblement els membres d'aquesta Comissió seran persones formades específicament en atenció pal·liativa pediàtrica i mètodes de resolució de conflictes.

⁴ . En el cas de que es plantegi alguna mesura de reparació material s'assegurarà la presència en el moment que es consideri oportú del procés, de persones responsables amb capacitat de decisió de la direcció del centre sanitari i de la companyia d'assegurances corresponent.

Les persones responsables de la Comissió disciplinària valoraran, en primera instància, la viabilitat dels mecanismes de resolució de conflictes i, en el seu cas, assumiran la facilitació dels procediments que s'hi escaiguin⁵.

Article ____. Mesures substitutives de la sanció.

1. La Comissió disciplinària dels centres sanitaris poden preveure mesures de caràcter reparador en substitució de les sancions establertes per aquesta llei per a les faltes lleus, greus i molt greus contemplades al Capítol 2, sempre que es garanteixin plenament els drets de la persona o persones afectades, i de conformitat amb els principis següents:

- a) Que hi hagi manifesta conformitat per part de la persona o persones afectades per la infracció, i per part de la persona infractora.
- b) Que la mesura substitutiva de la sanció estigui orientada a la màxima reparació possible del dany causat, garantint-ne el compliment efectiu.
- c) Que la o les persones infractores reconeixin algun grau de responsabilitat en la comissió de la falta en el decurs del procediment, així com les conseqüències de la seva conducta per a la o les persones afectades.
- d) Que, si escau, la persona o persones responsables mostrin disposició per restaurar la relació amb la o les persones afectades per la infracció i/o reparar el dany causat. Aquesta restauració es facilitaria sempre que la/es persona/es afectada/es en presti/n el consentiment de manera expressa.

2. Aquestes mesures poden consistir en _____ (l·listar⁶). En cap cas no poden consistir en l'exercici de funcions o tasques assignades al personal del centre sanitari en les relacions de llocs de treball.

⁵ . Es pot valorar també demanar la mediació de la Societat Catalana de Mediació en Salut, d'acord amb els seus protocols. També en funció de la complexitat es pot valorar en casos molt especials sol·licitar al Síndic de Greuges de Catalunya la facilitació del diàleg, la mediació, la conciliació, processos de justícia restaurativa, així com la intervenció en un mecanisme de composició de controvèrsies, de conformitat amb la Llei del Síndic i els seus propis protocols interns. En aquest darrer cas, i previ consentiment de les parts, el/la síndic/a emetrà una decisió diriment , fins i tot quan hi hagi hagut procés de conciliació prèvia sense acord.

⁶ . Caldria l·listar per experts sanitaris i reguladors quines mesures substitutives de la sanció es podrien preveure, prenent en consideració la gravetat de la infracció. La "Comissió disciplinària" dels centres sanitaris ha de determinar la durada d'aquestes mesures.

Capítol 2. Regim sancionador i procediment disciplinari.

Article 23. Disposicions generals

El regim sancionador i el consegüent procediment disciplinari es preveu com a subsidiari als mètodes alternatius de resolució de conflictes descrits en al capítol anterior.

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 incórrer.

El règim sancionador particularitza determinats comportaments per als quals es preveu la imposició de la corresponent sanció, de manera que la comissió de les infraccions descrites no pugui ser més beneficiosa que el compliment de les normes infringides.

El procediment sancionador es constitueix com a una garantia essencial per a les persones a qui s'imputa la comissió d'una infracció, ja que els permet participar i exercir els seus drets davant l'Administració, i s'ha d'ajustar a les disposicions legals i reglamentàries en matèria de règim jurídic i procediment administratiu per a l'exercici de la potestat sancionadora administrativa.

Són subjectes responsables de les infraccions establertes a aquesta llei les persones físiques o jurídiques que, per acció o omissió, hi hagin participat mitjançant dol o culpa.

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

En cas que els fets denunciats poguessin ser objecte de responsabilitat penal i s'hagués presentat denúncia davant les autoritats es suspendrà el procediment disciplinari.

Les infraccions es tipifiquen com a lleus, greus o molt greus i en són subjectes responsables les persones físiques o jurídiques que, per acció, o omissió hi hagin participant en la seva comissió mitjançant dol o culpa.

Per a la determinació de la quantia de les sancions a imposar, dintre de la qualificació abans establerta de les infraccions, es tindran en compte, d'acord amb el principi de proporcionalitat, els criteris següents: el grau de culpabilitat o

l'existència d'intencionalitat, la lesivitat del fet, la quantia de l'eventual benefici obtingut, la gravetat de l'alteració sanitària produïda.

Si iniciat el procés sancionador disciplinari les parts s'avinguessin a iniciar un procés de facilitació del diàleg per tercers, mediació, conciliació, processos de justícia restaurativa o altres similars i fruit d'aquest procés les parts arribessin a un acord, es procedirà a l'arxivament de l'expedient disciplinari. Si no es pogués arribar a un acord i la persona física o representant de la persona jurídica infractores reconeixen algun grau de responsabilitat en la comissió de la falta en el decurs del procediment s'aplicaran les mesures substitutives de la sanció previstes al Capítol 1.

Articles 24, 25 i 26: sobre les infraccions lleus, greus i molt greus. Comentari general: preocupa que el Títol V de la proposició de llei fa una remissió genèrica a infraccions sobre els drets i deures de la Proposició de llei que suposarien possibles diferent interpretacions no respectuoses amb els drets del personal sanitari i que els podrien causar una indefensió inacceptable.

1r. Per una bona tècnica legislativa caldria fer un llistat taxat de les infraccions, ben definides forma concreta i objectivable la conducta que es voldria sancionar

2n. Fer servir un llenguatge clar i senzill

3r. Evitar l'ús de conceptes jurídics indeterminats i remissions a altres normes per ser el més precisos possible.

4t. Fugir d'expressions calaix de sastre.

Hem fet l'exercici de fer algunes propostes de definició d'infraccions lleus, greus i molt greus, tenint especialment en compte el Títol II i Títol III: el resultat és clarament insatisfactori ja que apareixen conceptes jurídics indeterminats inacceptables des d'una perspectiva de seguretat jurídica⁷. S'ha d'estudiar una

⁷.- El sistema sancionador ha de ser el darrer recurs, després d'haver intentat les vies del diàleg o la mediació, a on sí és possible establir un aclariment i un diàleg sobre aspectes controvertits que puguin emergir de l'exercici dels drets i deures previstos als títols II i III. Les infraccions han de constituir conductes clarament objectivables, taxatives i no interpretables. Tant en la redacció del Títol V de la Proposició de llei com en l'exercici de redacció que he fet del règim sancionador a partir dels drets i deures contemplats en els Títols II i III hi apareixen molts conceptes jurídics indeterminats amb múltiples possibles interpretacions i que potencialment introduirien moltes situacions d'indefensió pel personal sanitari; aquesta indefensió resulta inacceptable des d'una perspectiva de seguretat jurídica i de respecte dels drets. Alhora, aquest plantejament porta a greus dificultat de prova

tipificació clara i precisa de les infraccions lleus, greus i molt greus realment rellevants i objectivables. Desconsellem en aquest apartat una remissió genèrica al Títol II (Drets) i Títol III (deures) de la Llei⁸. El que es preveu a l'article 25.2 hauria de ser tingut en compte per la proporcionalitat de la sanció però en cap cas per a passar d'una sanció lleu a greu.

Detallem a continuació (en vermell) la redacció de les infraccions que hem fet considerant la vulneració de drets i deures del Títol II i III per il·lustrar de forma clara el que desaconsellem fer:

Article 24. Infraccions lleus⁹

Es tipifiquen com a infraccions lleus l'incompliment de les obligacions o la vulneració de les prohibicions següents:

- No respectar els valors, creences i preferències en la pesa de decisions clíniques.*
- No respectar els valors i les instruccions continguts en la planificació anticipada de decisions.*

Article 25. Infraccions greus¹⁰

Es tipifiquen com a infraccions greus les següents.

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

⁸ . Recordar que la remissió al Títol II i Títol III l'hem introduït al Capítol 1 de resolució alternativa de conflictes previ al sistema disciplinari (així que la gestió de conflictes relacionats amb l'exercici dels drets o el compliment de deures està contemplat en el capítol 1).

⁹ . Prenent en consideració la situació límit d'atenció pal·liativa pediàtrica molts d'aquests supòsits d'infracció podrien ser utilitzats (inadequadament) per canalitzar la frustració i/o la insatisfacció de les famílies davant d'expectatives incomplertes o dels mateix procés terminal dels pacients menors, sense que hi hagués cap conducta clínica reprotxable.

¹⁰ . Prenent en consideració la situació límit d'atenció pal·liativa pediàtrica molts d'aquests supòsits d'infracció podrien ser utilitzats (inadequadament) per canalitzar la frustració i/o la insatisfacció de les famílies davant d'expectatives incomplertes o dels mateix procés terminal dels pacients menors, sense que hi hagués cap conducta clínica reprotxable.

- *La manca d'informació suficient sobre la malaltia i les intervencions sanitàries proposades de forma adaptada a la capacitat de comprensió del pacient.*
- *La manca de planificació amb antelació de les reunions amb els pacients i la seva unitat familiar.*
- *No facilitar als professionals d'aquest àmbit una formació adequada en habilitats per a la comunicació.*
- *No procurar el major benestar possible i la dignitat al pacient*

Article 26. Infraccions molt greus¹¹

Es tipifiquen com a infraccions molt greus les següents:

1. *L'obstacle o l'impediment als ciutadans del gaudi dels drets següents:*
 - *A la igualtat efectiva i l'absència de discriminació en l'accés als serveis sanitaris en el procés de mort o de malalties greus, rares, minoritàries o poc freqüents.*
 - *A l'atenció pal·liativa que es necessiti al domicili que designin, sempre que no estigui contraindicada i sigui possible.*
 - *A la preservació de la intimitat personal i de la unitat familiar.*
 - *A la protecció de totes les dades relatives a l'atenció sanitària.*
 - *A rebre la sedació a l'agonia, quan ho necessitin i estigui indicada.*
 - *A ser escoltat sense cap discriminació per raó d'edat, discapacitat o altra circumstància.*
 - *A l'atorgament del consentiment informat.*
 - *A l'atenció dels menors hospitalitzats en espais diferenciats dels d'atenció a adults.*
 - *A comptar amb espais adaptats i acollidors que garanteixin el dret al lleure i a jugar dels menors hospitalitzats.*

¹¹ . Prenent en consideració la situació límit d'atenció pal·liativa pediàtrica molts d'aquests supòsits d'infracció podrien ser utilitzats (inadequadament) per canalitzar la frustració i/o la insatisfacció de les famílies davant d'expectatives incomplertes o dels mateix procés terminal dels pacients menors, sense que hi hagués cap conducta clínica reprotxable.

- *A gaudir d'un procés educatiu tant en el centre hospitalari com en el seu domicili.*

2. L'actuació que suposi incompliment dels deures següents:

- *La garantia de la continuïtat de l'atenció pediàtrica específica durant 24 hores al dia els 365 dies de l'any, per unitats específiques i degudament coordinades amb els diferents serveis i àmbits assistencials.*
- *L'atenció integral i personalitzada del pacient amb la participació del pacient, familiars, i cuidadors o persona amb relació afectiva propera.*
- *L'assignació de professionals de referència per a la comunicació amb el pacient i la seva unitat familiar.*
- *La valoració de la incapacitat de fet del pacient que l'impedeixi decidir per ell mateix.*
- *L'adequació de les mesures terapèutiques adoptada de manera col·legiada amb l'equip assistencial responsable evitant l'obstinació terapèutica.*

Article 27. Sancions

1. Les infraccions previstes en aquesta llei seran objecte de les sancions administratives de multa previstes a l'article 36 de la Llei General de Sanitat i d'acord amb l'aplicació dels criteris esmentats a l'article 23 d'aquesta norma, amb la següent graduació¹²:

- a) Infraccions lleus, fins a 3.005,06 euros.*
- b) Infraccions greus, des de 3.005,07 a 15.025,30 euros.*
- c) Infraccions molt greus, des de 15.025,31 a 601.012,10 euros.*

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.

¹².- Segons les conductes objecte de sanció que finalment s'estableixin, s'hauria de considerar ponderar l'import de les sancions.

Comentaris que realitzem als articles 24, 25 i 26 del Projecte de Llei;

Article 24. Infraccions lleus

Al projecte es preveu:

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

Com hem assenyalat abans, s'hauria de fer un llistat d'infraccions lleus amb taxativitat , precisió i seguretat jurídica.

Article 25. Infraccions greus

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 que ho justifiquin.

Com hem assenyalat abans, s'hauria de fer un llistat d'infraccions greus amb taxativitat , precisió i seguretat jurídica.

A l'apartat 2 del Projecte hi figura:

Per a la determinació de les infraccions com a greus o molt greus es tindran en compte les circumstàncies següents

- La lesivitat del fet o naturalesa del perjudici ocasionat.
- La quantia de l'eventual benefici obtingut.
- La gravetat de l'alteració sanitària o social produïda.
- El grau de culpabilitat o l'existència d'intencionalitat.

Com hem assenyalat anteriorment, aquests criteris haurien de ser tinguts en compte per quantificar de forma proporcional la sanció, no per a la seva qualificació, en ares a tenir en compte la proporcionalitat en les sancions administratives i perquè hi hagi idoneïtat entre la sanció a imposar i la gravetat del fet constitutiu de la infracció.

Article 26. Infraccions molt greus

Al Projecte hi figura:

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 II d'aquesta llei.
- b. L'actuació que suposi incompliment dels deures establerts al Títol III.

Com hem assenyalat abans, s'hauria de fer un llistat d'infraccions molt greus amb taxativitat, precisió i seguretat jurídica, sense que en cap cas, com hem assenyalat es faci una remissió genèrica als Títols II i III del Projecte.

Article 27. Sancions

1. Les infraccions previstes en aquesta llei seran objecte de les sancions administratives de multa previstes a l'article 36 de la Llei General de Sanitat i d'acord amb l'aplicació dels criteris esmentats a l'article 23 d'aquesta norma, amb la següent graduació.

- a) *Infraccions lleus, fins a 3.005,06 euros.*
- b) *Infraccions greus, des de 3.005,07 a 15.025,30 euros.*
- c) *Infraccions molt greus, des de 15.025,31 a 601.012,10 euros.*

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.*

Considerar la possible moderació d'aquest imports establerts per l'article 36 la Llei General de Sanitat, donat l'elevat import sancionador que suposa.

Restem a disposició per a l'aclariment i l'intercanvi sobre aquestes aportacions.

A Barcelona, el 16 de març de 2026