

6.- Apoyar desde Cooperación y Desarrollo a las ONGs que trabajan en los países de origen contra la MGF.

Sede de la Asamblea, 9 de mayo de 2016.
La Presidenta de la Asamblea
PALOMA ADRADOS GAUTIER

2. TEXTOS EN TRAMITACIÓN

2.2 PROPOSICIONES DE LEY

—— PROPOSICIÓN DE LEY 8/2016 RGE.5016, DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LAS PERSONAS EN EL PROCESO FINAL DE LA VIDA ——

La Mesa de la Asamblea, en sesión celebrada el día 17 de mayo de 2016, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 151.2 del Reglamento de la Asamblea, acuerda calificar y admitir a trámite la Proposición de Ley 8/2016 RGE.5016, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, de derechos y garantías de las personas en el proceso final de la vida, ordenando su publicación en el Boletín Oficial de la Asamblea, y su remisión al Gobierno para que manifieste su criterio respecto a su toma en consideración, así como su conformidad o no a la tramitación si supusiera aumento de créditos o disminución de los ingresos presupuestarios del ejercicio económico en curso.

Sede de la Asamblea, 17 de mayo de 2016.
La Presidenta de la Asamblea
PALOMA ADRADOS GAUTIER

PROPOSICIÓN DE LEY 8/2016 RGE.5016, PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA, DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LAS PERSONAS EN EL PROCESO FINAL DE LA VIDA

Contenido

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

- I [Justificación-necesidad]
- II [Marco normativo de la Ley]
- III [Objetivos y orientaciones]
- IV [Contenido de la Ley]

TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- *Objeto.*

Artículo 2.- *Fines.*

Artículo 3.- *Ámbito de aplicación.*

Artículo 4.- *De los principios informadores.*

Artículo 5.- *Definiciones.*

TÍTULO II. DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL PROCESO FINAL DE LA VIDA

Artículo 6.- *Derecho a la información asistencial.*

Artículo 7.- *Derecho a la toma de decisiones.*

Artículo 8.- *Derecho a formular instrucciones previas.*

Artículo 9.- *Derechos de los pacientes en situación de incapacidad a la información asistencial y a la toma de decisiones.*

Artículo 10.- *Derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos y a la elección del domicilio para recibirlos.*

Artículo 11.- *Derecho de los pacientes al tratamiento del dolor.*

Artículo 12.- *Derecho de los pacientes a la administración de sedación paliativa.*

TÍTULO III. DEBERES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS QUE ATIENDEN A PACIENTES EN LA FASE FINAL DE LA VIDA

Artículo 13.- *Deberes respecto a la información clínica.*

Artículo 14.- *Deberes de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones y respecto a la adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico.*

Artículo 15.- *Sobre las obligaciones de los profesionales de garantizar el derecho a formular instrucciones previas y a respetar éstas.*

Artículo 16.- *Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.*

TÍTULO IV. GARANTÍAS QUE PROPORCIONARÁN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Artículo 17.- *Sobre las garantías para el efectivo respeto de los derechos de los pacientes.*

Artículo 18.- *Acompañamiento de los pacientes.*

Artículo 19.- *Asesoramiento en cuidados paliativos.*

Artículo 20.- *Estancia en habitación individual para personas en situación terminal.*

Artículo 21.- *De los Comités de Ética Asistencial.*

TÍTULO V. DE LA VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN ESTA LEY

Artículo 22.- *De las responsabilidades del Gobierno de la Comunidad de Madrid.*

Artículo 23.- *De las instancias encargadas del seguimiento de la implementación de esta Ley en los centros sanitarios, públicos y privados.*

TÍTULO VI. INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 24.- *Disposiciones generales.*

Artículo 25.- *Infracciones leves.*

Artículo 26.- *Infracciones graves.*

Artículo 27.- *Infracciones muy graves.*

Artículo 28.- *Sanciones.*

Artículo 29.- *Competencia.*

DISPOSICIONES ADICIONALES

Disposición Adicional Primera. Evaluación de la Ley.

Disposición Adicional Segunda. Difusión de la Ley.

Disposición Adicional Tercera. Cuidados paliativos.

Disposición Adicional Cuarta. Reconocimiento del compromiso profesional en los Comité de Ética Asistencial y en las Comisiones de Calidad Percibida.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA

DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA

DISPOSICIONES FINALES

Disposición Final Primera. Modificación Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.

Disposición Final Segunda. Modificación de Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Disposición Final Tercera. Desarrollo reglamentario.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

[Justificación-necesidad]

La muerte, al igual que el dolor, es parte del proceso normal de la vida, una realidad inevitable a la que deben también responder los servicios sanitarios, por lo que los cuidados paliativos

y la atención al final de la vida son un componente esencial de una buena atención sanitaria. Las cuestiones relacionadas con la etapa final de la vida han adquirido gran importancia en nuestra sociedad. Los avances de la medicina permiten la prolongación de la vida o el mantenimiento de funciones vitales hasta límites insospechados hasta hace pocos años. Ello, sumado al envejecimiento de la población y al consiguiente incremento de personas con enfermedades crónicas, degenerativas o irreversibles, hace que en un número creciente de personas se pueda identificar una situación terminal, caracterizada por la ausencia de tratamiento curativo, un pronóstico de vida limitado y un intenso sufrimiento personal y familiar, con frecuencia en un contexto de atención sanitaria intensiva y altamente tecnificada, que no resuelve satisfactoriamente las necesidades de estos pacientes. La muerte, que es un proceso y un acto personal de quien lo está transitando, afecta a su familia y a su entorno emocional cercano, de tal manera que para el paciente la forma de su buena muerte puede coadyuvar al proceso posterior del duelo tras su ausencia. La autonomía personal del paciente tiene raíces en esos entornos afectivos que sostuvieron su vida y que ahora le apoyan en su proceso final. Pero éstos pueden también recibir el consuelo de que el final de la vida de su ser querido se ha producido de arreglo a su voluntad y su dignidad.

Por otro lado, este valor de la autonomía personal traducida en un creciente empoderamiento del paciente, ha modificado profundamente la relación clínica, y la toma de decisiones, que debe ahora responder más explícitamente a los deseos y preferencias de la persona enferma. Además, en una sociedad democrática avanzada, el respeto a la libertad y autonomía de la persona han de mantenerse durante toda la enfermedad y alcanzar plenamente la etapa final de la vida. Así está reconocido en la vigente Ley 41/2002. Este reconocimiento legal ha ido acompañado, en la sanidad pública española, incluida la de la Comunidad de Madrid, de un importante desarrollo de los cuidados paliativos y de la atención al final de la vida. Sin embargo, es necesario avanzar más en este campo, como pide la Resolución 5/2016 del Pleno de la Asamblea de Madrid de marzo de 2016, que busca incrementar el número de instrucciones previas formuladas en la Comunidad de Madrid, incorporando estas automáticamente a la historia clínica del paciente; ampliar la formación de los profesionales de la sanidad sobre el proceso del final de la vida, la enfermedad terminal y los cuidados paliativos; conocer con datos la calidad de la atención al proceso del final de la vida, para de este modo poder mejorarla; disponer de una dotación adecuada de cuidados paliativos, de modo que lleguen efectivamente a toda la población de la Comunidad, incluidos niños, adolescentes y áreas rurales, con planes operativos que den respuesta a las necesidades actuales de la población madrileña en esta materia.

Por ello, reconociendo la necesidad de avanzar, la presente Ley nace de la necesidad de (1) explicitar y proteger mejor el derecho de los pacientes a una buena atención sanitaria en el proceso final de la vida, para aliviar en lo posible su sufrimiento físico y psíquico, y el de su familia; (2) regular los deberes de los profesionales sanitarios que atienden a estos pacientes, para ofrecerles guía y seguridad jurídica en su labor profesional; (c) y definir los servicios y las garantías que las instituciones sanitarias deben ofrecer en el proceso final de la vida de los pacientes y su familia. Esta Ley presta especial atención a las necesidades de claridad y seguridad jurídica que deben presidir las actuaciones del personal sanitario, excluyendo cualquier posible responsabilidad derivada de asumir las decisiones del paciente en el proceso final de su vida, adoptadas al amparo de la presente Ley.

II

[Marco normativo de la Ley]

La presente Ley tiene como marco normativo la Constitución, las leyes sanitarias vigentes, las sentencias del Tribunal Constitucional, así como la Carta de Derechos Fundamentales de la UE y los acuerdos del Consejo de Europa. El artículo 10 de la Constitución, en su apartado 1 proclama «la

dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás, son fundamento del orden político y de la paz social». El artículo 15 consagra el «derecho de todos a la vida y a la integridad física y moral», y el artículo 18.1, el derecho «a la intimidad personal y familiar». Por su parte, el artículo 43 reconoce «el derecho a la protección de la salud» y encomienda a los poderes públicos «organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones».

Las leyes sanitarias vigentes, tanto la Ley 14/1986, de 24 de abril, General de Sanidad, como la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, han reconocido y regulado el derecho de la autonomía individual de los pacientes con respecto a su estado de salud. Este tema, por su trascendencia, ha merecido una regulación más específica en la 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, partiendo del principio de respeto a la dignidad personal, a la libre autonomía de la voluntad y a la intimidad, estableció la regla general de que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios del sistema sanitario, el derecho de estos a decidir libremente, después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles, así como a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. La presente Ley, con el fin de evitar reiteraciones innecesarias, omite la regulación básica contenida en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que, naturalmente, actúa como supletoria en todo lo no regulado aquí.

La presente Ley responde también a la doctrina europea de derechos humanos. La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea; el Convenio del Consejo de Europa, suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1997; más específicamente, las Recomendaciones 1418/1999 y 24/2003 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre «Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos» y «Organización de Cuidados Paliativos», respectivamente, vinculan el tratamiento y cuidado de las personas en el proceso final de su vida con la necesidad de velar por su dignidad y autonomía personal, además de con la prevención del sufrimiento, y de adoptar medidas legislativas para establecer un marco coherente en relación con ellas. Finalmente, la Resolución 1.649 de la Asamblea del Consejo de Europa «Cuidados paliativos: un modelo para una política social y de salud innovadora» considera los cuidados paliativos como un componente esencial de una atención sanitaria basada en la dignidad, la autonomía y los derechos de los pacientes.

III **[Objetivos y orientaciones]**

Todas las personas aspiran a vivir dignamente. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada uno, por lo que el imperativo de una vida digna alcanza también al fin de la misma, a la muerte. Una vida digna requiere una muerte digna. Para ello, el ordenamiento jurídico debería concretar y proteger este ideal de muerte digna. La dimensión concreta de este ideal y los derechos que generan han sido motivo de debate en los últimos años en el mundo entero. Sin embargo, hoy en día existe un consenso ético y jurídico consolidado en torno a algunos de los contenidos y derechos del ideal de buena muerte, sobre los que inciden los artículos de la presente Ley.

Entre los contenidos clave del ideal de muerte digna que gozan de amplio consenso se encuentra el derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos integrales de alta calidad. La Recomendación 1418/1999, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, sobre «Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos», ya lo estableció así. La Recomendación 24/2003, del Consejo de Europa, sobre «La organización de los cuidados

paliativos», recomienda que se adopten medidas legislativas para establecer un marco coherente sobre cuidados paliativos.

Por todo ello, la presente Ley regula los derechos y garantías de las personas en el proceso final de la vida, que comprende la situación terminal o de agonía, que son definidas de manera que no haya duda en cuanto a su entendimiento. Además, se contempla el rechazo de tratamientos inútiles o desproporcionados, la limitación del esfuerzo terapéutico, la retirada de medidas en soporte vital en situaciones irreversibles y la sedación paliativa. Dichas actuaciones no buscan intencionadamente la muerte, sino aliviar o evitar el sufrimiento, respetar la autonomía de los pacientes y humanizar la atención en la fase final de la vida. Así, aceptar el derecho de las personas enfermas, y en su caso de sus tutores, a rechazar una determinada intervención sanitaria no es sino mostrar respeto a la autonomía personal y a la libertad de cada uno para gestionar su propia biografía, asumiendo las consecuencias de las decisiones que toma. El uso inadecuado de medidas de soporte vital, cuando no tienen otro efecto que mantener artificialmente una vida meramente biológica, sin posibilidades reales de recuperación, puede ser contrario a la dignidad de la vida humana. Facilitar a aquellas personas en situación terminal que libremente lo deseen la posibilidad de entrar en la fase final de su vida sin sufrimiento, en paz, no es sino expresión del respeto a la dignidad del ser humano. Estas prácticas no pueden ser consideradas contrarias a una ética basada en la idea de dignidad y en el respeto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Antes, al contrario, deben ser consideradas buena práctica clínica y actuaciones profesionales plenamente conformes a la legalidad vigente.

La presente Ley quiere contribuir decisivamente a proporcionar seguridad jurídica, tanto a la ciudadanía como a los profesionales sanitarios en las actuaciones contempladas en ella.

IV

[Contenido de la Ley]

Uno de los contenidos claves del ideal de muerte digna que goza de consenso es el derecho de las personas a redactar un documento escrito en el que hagan constar sus deseos y preferencias de manejo terapéutico para el caso eventual en el que no puedan decidir por sí mismas, así como a designar mediante dicho documento quien tomará decisiones en su lugar. Este derecho fue regulado en la Comunidad Autónoma de Madrid por la Ley 3/2005, de 23 de mayo, de declaración de instrucciones previas. Esta Ley, que derogó el artículo 28 de la Ley 12/2001 (LOSCAM), siendo un paso positivo para hacer operativo el derecho a expresar en un documento las instrucciones previas en la Comunidad de Madrid, ha tenido un impacto muy limitado, medido por el número de personas que las han registrado. Por ello, tras estos años de andadura legislativa, se hace ahora necesario, respondiendo a la Resolución 5/2015 del Pleno de la Asamblea de Madrid, difundir a la ciudadanía este derecho, formar a los profesionales sanitarios en el mismo, y ampliar a los Centros de Salud y hospitales los lugares donde se puedan otorgar y registrar. Igualmente, se hace necesario regular expresamente las condiciones y garantías para que el paciente pueda diseñar e intervenir en su propio proceso final de la vida.

Existen dos instrumentos principales para garantizar la dignidad de la persona en la etapa final de su vida respetando el principio de autonomía de su voluntad. El primero, el derecho de la persona a la información clínica, al consentimiento informado y a participar en la toma de decisiones. El segundo es el derecho a realizar la declaración de instrucciones previas, y a que ésta sea respetada. En el consentimiento informado la voluntad de la persona se manifiesta en el momento mismo en que surge la necesidad de la intervención sanitaria, mientras que en la declaración de instrucciones previas el consentimiento se otorga para cuando ya no se pueda manifestar la voluntad.

Desde este punto de vista, una de las reformas conceptuales que se introducen en el Título II del presente texto es la de incorporar el ámbito de los «valores vitales de la persona» al contenido de las instrucciones previas, así como el dar a la ciudadanía mucha mayor accesibilidad a dicha declaración. Si en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, la verificación de la capacidad y requisitos formales de la declaración se realizaba por personal funcionario dependiente de la Consejería de Salud responsable del Registro, la presente Ley prevé que también realice esta función personal del Servicio Madrileño de Salud habilitado para ello, facilitando de este modo el otorgamiento de la declaración de instrucciones previas en cualquier lugar del territorio de la Comunidad Autónoma de Madrid y, con ello, la accesibilidad de la ciudadanía al Registro de Instrucciones Previas.

Otro aspecto puesto de manifiesto es la necesidad de mejorar la accesibilidad a las instrucciones previas por una parte de los profesionales que participan en la atención sanitaria. Si la Ley 3/2005, de 23 de mayo, hablaba de “médico encargado directamente” como el obligado a consultar en el Registro la constancia del otorgamiento de instrucciones previas, se amplía ahora ese deber al equipo de profesionales sanitarios encargados de la atención sanitaria, reforzando de este modo la eficacia de la declaración que, además, habrá de incorporarse sistemáticamente a la historia clínica para facilitar su acceso a los profesionales.

Por otra parte, es novedosa la regulación expresa de los deberes de los profesionales sanitarios respecto a las instrucciones previas, al establecer la obligación de proporcionar a las personas información acerca de la declaración, de recabar información sobre si se ha otorgado, de consultar, en su caso, el Registro de Instrucciones Previas para conocer su contenido y el deber de respetar los valores e instrucciones contenidos en el documento.

Al objeto de asegurar de manera efectiva la plena dignidad en la fase final de la vida la presente Ley no solo establece y desarrolla los derechos que asisten a las personas en este trance, sino que también determina los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes en el proceso final de la vida y atribuye un conjunto de obligaciones para instituciones sanitarias y sociosanitarias, públicas o privadas, en orden a garantizar los derechos de los pacientes.

Se regulan de esta manera los deberes de los profesionales sanitarios encargados de la atención a personas en el proceso final de la vida, en lo que se refiere a la información sobre su proceso, de la que deberá quedar constancia en la historia clínica, y al respeto de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones, ya se expresen estas a través del consentimiento informado o en forma de instrucciones previas, estableciéndose criterios mínimos para la valoración de la incapacidad de hecho de los pacientes.

Especial atención han merecido los deberes de los profesionales respecto de la limitación de las medidas de soporte vital, con el fin de evitar la denominada obstinación terapéutica y determinar el procedimiento de retirada o no instauración de estas medidas de forma consensuada entre el equipo asistencial y preservando las intervenciones necesarias para el adecuado confort de la persona en estas circunstancias.

Las instituciones y centros sanitarios adquieren una especial relevancia en esta Ley en cuanto que garantes del ejercicio de los derechos, y tributarios de un conjunto de obligaciones, respecto de la provisión de servicios. Entre ellos se incluye garantizar la adecuada atención asistencial, incluyendo el tratamiento del dolor y la información- asesoramiento, así como la atención de cuidados paliativos, de calidad y equitativa, bien en los centros sanitarios, sociosanitarios y residencias de ancianos, bien en el propio domicilio de los pacientes.

Otra innovación igualmente significativa es la participación, a título de recomendación, de los Comités de Ética Asistencial en situaciones de conflictos bioéticos en el proceso final de la vida del paciente. Finalmente, para garantizar una efectiva implementación de esta Ley, la Consejería de Sanidad deberá elaborar un Informe anual sobre la misma y garantizar que todos los centros sanitarios y sociosanitarios cuentan con un órgano colegiado asesor responsable de la monitorización del cumplimiento de esta Ley en su ámbito de actuación, enviando los correspondientes informes anuales.

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- *Objeto.*

La presente Ley tiene como objeto (a) explicitar y proteger el derecho de los pacientes a una buena atención sanitaria en el proceso final de la vida, (b) regular los deberes de los profesionales sanitarios que atienden a estos pacientes, (c) y definir las garantías que las instituciones sanitarias están obligadas a ofrecer con respecto a ese proceso.

Artículo 2.- *Fines.*

La presente Ley tiene como fines:

- a) Proteger y garantizar la dignidad de la persona en el proceso de la vida.
- b) Defender y asegurar la autonomía de los pacientes en el proceso final de su vida, así como la expresión de sus deseos y valores, incluyendo la manifestación anticipada de su voluntad mediante el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas.
- c) Contribuir a la seguridad jurídica de los profesionales sanitarios que acompañan al paciente en el proceso final de la vida.

Artículo 3.- *Ámbito de aplicación.*

1.- La presente Ley se aplica, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Madrid, a las personas que se encuentren en el proceso final de la vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, bien sea en su domicilio, en un hospital o en un centro socio-sanitario, sin distinción entre establecimientos públicos o privados.

2.- También será de aplicación a los familiares de los pacientes, a sus representantes, al personal implicado en la atención sanitaria y a las entidades aseguradoras que presten sus servicios en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Artículo 4.- *De los principios informadores.*

Son principios informadores de esta Ley:

- a) El pleno respeto del derecho a la dignidad de la persona.
- b) El valor de la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona.

- c) El respeto a los deseos, preferencias, creencias o valores de la persona, así como la preservación de su intimidad y confidencialidad.
- d) La garantía de que el rechazo de un tratamiento, o la interrupción del mismo, por parte de un paciente después de recibir la información adecuada, no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral y del derecho a la plena dignidad de la persona en el proceso de su muerte.
- e) El reconocimiento del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos, incluyendo un adecuado tratamiento del dolor y de otros síntomas, en la fase terminal o avanzada de una enfermedad.
- f) La igualdad efectiva y la ausencia de discriminación en el acceso a los servicios sanitarios en el proceso de la muerte.
- g) El derecho a una atención personalizada, deferente y respetuosa en todas las circunstancias.

Artículo 5.- *Definiciones.*

A los efectos de la presente Ley, se entiende por:

- a) Calidad de vida: La satisfacción individual ante las condiciones objetivas de vida desde los valores y las creencias personales; su contenido abarca no sólo el bienestar físico, sino también los aspectos psicológicos, socioeconómicos y espirituales.
- b) Consentimiento informado en el proceso final de la vida: En el entorno del proceso final de la vida y de los cuidados paliativos se entiende como el proceso gradual y continuado, plasmado en ocasiones en un documento, mediante el cual un paciente capaz y adecuadamente informado, acepta o no someterse a determinados procesos diagnósticos o terapéuticos, en función de sus propios valores. No se trata de un documento sino de un proceso, ya que la información será ofrecida de forma continua para ir asumiendo de manera compartida decisiones que se van adoptando, debiendo dejarse la debida constancia en la historia clínica.
- c) Cuidados paliativos: Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias caracterizadas por las siguientes dimensiones específicas: 1) Control clínico, mediante la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos o psíquicos, 2) Calidad de vida y factores ligados a la misma, 3) Respeto a las preferencias de los pacientes y su reflejo en la toma de decisiones y, 4) Familia y paciente entendidos como unidad de cuidados.
- d) Documento de Instrucciones Previas: El regulado en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.
- e) Limitación del esfuerzo terapéutico: Retirar o no iniciar medias terapéuticas por estimar los profesionales sanitarios que son inútiles en la situación concreta del paciente, ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle la recuperación funcional con una calidad de vida mínima. La limitación del esfuerzo terapéutico permite la muerte en el sentido de que no la impide, pero no la produce o causa.

Forma parte de la buena práctica clínica y no es una decisión opcional sino una obligación moral y normativa de los profesionales.

f) Médico Responsable. A los efectos de esta Ley, se considera médico responsable a aquel que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo, en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participen en las actuaciones asistenciales.

g) Medidas de soporte vital: Intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales del paciente, independientemente de que dicha intervención actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base o el proceso biológico en enfermedades o procesos que amenazan la vida del mismo.

h) Obstinación terapéutica: Situación en la que a una persona que se encuentra en situación terminal o de agonía por una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica real, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación.

i) Proceso final de la vida. A los efectos de esta Ley, son personas en el proceso final de su vida aquéllas que se encuentran en una situación terminal o de agonía.

1.- Se entiende por situación terminal aquella en la que el paciente presenta una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses y en la que puedan concurrir síntomas que requieren una asistencia paliativa específica.

2.- Se entiende por situación de agonía la fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de consciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de pocos días.

Abarca también la situación en la que se encuentran las personas que han sufrido un accidente incompatible con la vida, con deterioro extremo y graves trastornos.

j) Representante designado en el documento de instrucciones previas: Persona encargada de velar para que en las situaciones clínicas contempladas en la declaración cumplan las instrucciones que haya dejado establecidas la persona a la que represente y que deberá actuar siempre buscando el mayor beneficio y respeto a la dignidad de la misma.

Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en las instrucciones previas, a fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en ese momento en situación de capacidad, quien le represente tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidas en dichas instrucciones.

k) Sedación paliativa/terminal: La administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, con su consentimiento explícito. Si este no es posible, se obtendrá de su representante. La sedación paliativa constituye la única estrategia eficaz para mitigar el

sufrimiento, ante la presencia de síntomas refractarios intolerables que no responden al esfuerzo terapéutico realizado en un período razonable de tiempo.

Un tipo especial de sedación paliativa es la sedación en la agonía que se aplica cuando la muerte se prevé muy próxima y en la que el fallecimiento debe atribuirse a la consecuencia inexorable de la evolución de la enfermedad y de sus complicaciones, no de la sedación.

l) Síntoma refractario: El síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la consciencia del paciente.

m) Situación de incapacidad de hecho: Situación en la que las personas carecen de entendimiento y voluntad suficientes para gobernar su vida por sí mismas de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación.

n) Valores vitales: Conjunto de valores y creencias de una persona que dan sentido a su proyecto de vida y que sustentan sus decisiones y preferencias en los procesos de enfermedad y muerte.

TÍTULO II DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL PROCESO FINAL DE LA VIDA

Artículo 6.- *Derecho a la información asistencial.*

1.- Los pacientes en el proceso final de la vida tienen derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

2.- Pueden también renunciar a la información ofrecida, debiendo ser respetada su decisión. En tales casos, los profesionales sanitarios harán saber al paciente la trascendencia de su decisión y le solicitarán la designación, si así lo desea, de una persona que acepte recibir la información, haciendo constar éstas circunstancias en la historia clínica.

Artículo 7.- *Derecho a la toma de decisiones.*

1.- Las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a que se respete su decisión sobre la atención sanitaria que se les dispense.

De acuerdo con lo anterior, podrán rechazar las intervenciones y los tratamientos propuestos por los profesionales sanitarios, aún en los casos en que esta decisión pudiera tener el efecto de acortar su vida o ponerla en peligro inminente, salvo lo previsto por razones de salud pública en la Ley.

2.- La negativa a recibir una intervención o tratamiento, o la decisión de interrumpirlos no supondrá menoscabo alguno en la atención sanitaria o de otro tipo que se le dispense, especialmente en lo referido a la destinada a paliar el sufrimiento, aliviar el dolor y otros síntomas y a hacer más digno y soportable el proceso final de su vida.

3.- La decisión sobre la atención sanitaria que se haya de recibir se expresará verbalmente, como regla general, mediante el consentimiento informado del paciente, libremente revocable, que se ejercitará de conformidad con lo establecido en esta Ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre,

básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y deberes en materia de información y documentación clínica. La voluntad así expresada se incorporará a la historia clínica.

El rechazo a la intervención propuesta y la revocación del consentimiento informado previamente emitido, deberán, en todo caso, ser expresos, constar por escrito e incorporarse a la historia clínica.

Cuando sea precisa la firma del paciente para dejar constancia de su voluntad y no pudiera firmar por incapacidad física, lo hará en su lugar, siempre que sea posible, otra persona que actuará como testigo a petición suya. En estos casos, tanto la identificación del testigo, como el motivo que impide la firma por la persona que presta su consentimiento o rechaza la intervención propuesta, se harán constar en la historia clínica.

Artículo 8.- *Derecho a formular instrucciones previas.*

1.- El derecho a formular instrucciones previas se podrá hacer efectivo y registrar en las condiciones establecidas en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, de la Comunidad de Madrid por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente, por el Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, y por el resto del ordenamiento jurídico aplicable.

2.- Para ello el Gobierno de la Comunidad:

a) Deberá hacer posible que las instrucciones previas se puedan otorgar y registrar, además de en el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, en las Unidades Administrativas de los Centros de Salud y en los Servicios de Atención al Paciente de los Hospitales, modificando para ello el artículo 6 del Decreto 101/2006.

b) Arbitrará los mecanismos precisos para que la Administración sanitaria, y en su caso los centros sanitarios privados, incorporen las instrucciones previas de forma inmediata, y en su caso automática, a la historia clínica del paciente.

c) Ampliará la formación continuada específica de los profesionales sanitarios sobre el proceso del final de la vida, la enfermedad terminal y los cuidados paliativos.

d) Hará una difusión eficaz entre la población, especialmente en los centros sanitarios públicos y privados, del derecho al ejercicio de las Instrucciones Previas.

Artículo 9.- *Derechos de los pacientes en situación de incapacidad a la información asistencial y a la toma de decisiones.*

1.- Cuando, a criterio del médico responsable, la persona que se halla bajo atención sanitaria esté en situación de incapacidad de hecho, tanto la recepción de la información como la prestación del consentimiento corresponderán, por este orden:

a) A la persona designada como representante en las instrucciones previas.

b) A quien ostente su representación legal.

c) Al cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad o a la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de su asistencia o cuidado.

d) A los parientes de grado más próximo y, dentro del mismo grado, al de mayor edad.

2.- En el caso de personas con capacidad judicialmente modificada, se estará a lo dispuesto en la sentencia judicial de incapacitación.

Cuando dicha sentencia no establezca limitaciones respecto a la prestación del consentimiento, la determinación de la capacidad de hecho se realizará por el médico responsable conforme a lo previsto en el artículo 16. En este caso, si se aprecia la incapacidad de hecho, los derechos establecidos en el presente artículo se ejercerán de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior.

3.- Las situaciones de incapacidad no obstan para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones conforme a su grado de discernimiento.

4.- El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación de incapacidad se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal. Para la interpretación de la voluntad de los pacientes se tendrán en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubieran formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad, siempre que se prueben debidamente.

Artículo 10.- *Derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos y a la elección del domicilio para recibirlos.*

1.- Todas las personas en fase terminal de la vida tienen derecho a recibir cuidados paliativos de calidad con el máximo respeto de su dignidad personal, y a que se respete su voluntad en toda intervención sanitaria y sociosanitaria.

2.- Estos pacientes si así lo desean, tienen derecho a que los cuidados paliativos les sean proporcionados en el domicilio que designen dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid, siempre que la situación clínica y de cuidados no lo desaconsejen.

3.- El Servicio Madrileño de Salud garantizará que los pacientes atendidos en su domicilio con cuidados paliativos tengan la misma calidad de asistencia, de acceso y utilización de recursos que los pacientes de características similares atendidos en el hospital u otras instituciones.

4.- Cuando el domicilio no reúna condiciones para organizar los cuidados paliativos en el mismo (ausencia de domicilio estable, falta de cuidador principal o condiciones higiénico-ambientales inadecuadas), a los pacientes se les ofrecerá atención en una institución socio-sanitaria.

Artículo 11.- *Derecho de los pacientes al tratamiento del dolor.*

Los pacientes tienen derecho a recibir el mejor tratamiento disponible para prevención y alivio del dolor que aparezcan en el proceso final de la vida, incluida la sedación si el dolor crónico se comporta como un síntoma refractario.

El tratamiento analgésico responderá a la evidencia científica, al uso racional de los medicamentos, a *lex artis*, y a las preferencias del paciente. El médico informará a éste de los recursos terapéuticos más adecuados.

Artículo 12.- *Derecho de los pacientes a la administración de sedación paliativa.*

Los pacientes en situación terminal tienen derecho a recibir sedación paliativa del equipo de profesionales sanitarios responsable de su atención, aunque ello implique un acortamiento de la vida mediante la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia. Si el médico responsable discrepa de la voluntad del paciente, dicha negativa deberá motivarse en la historia clínica, y deberá buscar una segunda opinión médica.

Cuando un paciente demande sedación paliativa, el médico responsable tendrá que:

1.- Haber identificado síntomas refractarios que justifican intervenir sobre el nivel de conciencia del enfermo.

2.- Haber informado al paciente, y a la familia, sobre la situación en la que se encuentra, y sus perspectivas de futuro a corto plazo.

3.- Haber llegado al convencimiento de que la demanda del paciente es voluntaria y ha sido meditada.

TÍTULO III

DEBERES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS QUE ATIENDEN A PACIENTES EN LA FASE FINAL DE LA VIDA

Artículo 13.- *Deberes respecto a la información clínica.*

Los profesionales de la medicina y de la enfermería responsables de la atención al paciente, en sus respectivos ámbitos de competencia, deberán garantizar el cumplimiento del derecho de éste a la información.

Estos profesionales deberán dejar constancia en la historia clínica de la información facilitada al paciente y a las personas de su familia, o asimiladas. La información será comprensible, adaptada y proporcional a las demandas del paciente.

Artículo 14.- *Deberes de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones y respecto a la adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico.*

1.- Los médicos y otros profesionales sanitarios, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en fase terminal de la vida, deberán asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto basándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afecta. En el caso de que este juicio profesional concluya en la indicación de una intervención sanitaria, someterá entonces la misma al consentimiento libre y voluntario de la persona, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en la Ley.

2.- Conforme a lo previsto en el apartado anterior, el personal sanitario adecuará y limitará, en su caso, el esfuerzo terapéutico de modo proporcional a la situación del paciente, evitando la adopción o mantenimiento de intervenciones y medidas de soporte vital carentes de utilidad clínica, en atención a la cantidad y calidad de vida futura del paciente, y siempre sin menoscabo de aquellas actuaciones sanitarias que garanticen su debido cuidado y bienestar.

De todas las actuaciones mencionadas en los párrafos anteriores deberá quedar constancia en la historia clínica.

3.- Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar los valores, creencias y preferencias de los mismos en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la Ley, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas.

Artículo 15.- *Sobre las obligaciones de los profesionales de garantizar el derecho a formular instrucciones previas y a respetar éstas.*

1.- Todos los profesionales sanitarios están obligados a:

- a) Proporcionar a sus pacientes, cuando la soliciten, información acerca de su derecho a formular la declaración instrucciones previas.
- b) Ofrecer y garantizar, en el ámbito de la Atención Primaria, esa información a las personas de su lista o cupo, registrando en la historia clínica la existencia o no de instrucciones previas.
- c) Respetar los valores e instrucciones contenidos en la declaración de instrucciones previas, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley 3/2005, de 23 de mayo y en sus respectivas normas de desarrollo.
- d) A los efectos previstos en el párrafo anterior, si el paciente está en el proceso final de la vida y en situación de incapacidad, el equipo asistencial deberá consultar el registro de instrucciones previas, dejando constancia de dicha consulta en la historia clínica.

2.- Los pacientes atendidos en instituciones sanitarias, o sociosanitarias, recibirán a su ingreso información por escrito de los derechos, garantías y obligaciones profesiones en relación con el derecho a formular instrucciones previas.

Artículo 16.- *Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.*

1.- El médico responsable es quien debe valorar si la persona que se halla bajo atención médica pudiera encontrarse en una situación de incapacidad de hecho que le impidiera decidir por sí misma. Tal valoración debe constar adecuadamente en la historia clínica. Para determinar la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes:

- a) Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.
- b) Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones.
- c) Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones.
- d) Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.
- e) Si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla.

2.- Para la valoración de estos criterios se deberá contar con la opinión de otros profesionales implicados directamente en la atención de los pacientes. Asimismo, se podrá consultar a la familia con objeto de conocer su opinión.

3.- Una vez establecida la situación de incapacidad de hecho, el médico responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quien deba actuar por la persona en situación de incapacidad, conforme a lo previsto en el artículo 10.1.

TÍTULO IV

GARANTÍAS QUE PROPORCIONARÁN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Artículo 17.- *Sobre las garantías para el efectivo respeto de los derechos de los pacientes.*

1.- La Administración sanitaria, así como las instituciones recogidas en el artículo 3, deberán garantizar, en el ámbito de sus respectivas competencias, el ejercicio de los derechos establecidos en la presente Ley.

2.- Las instituciones sanitarias públicas y privadas responsables de la atención directa a los pacientes deberán arbitrar los medios para que los derechos de estos no se vean mermados en ningún caso o eventualidad, incluida la negativa o ausencia del profesional, así como cualquier otra causa sobrevenida. La negativa de un profesional sanitario a respetar y garantizar el derecho a una muerte digna se comunicará a la Dirección del Centro que deberá tomar las medidas necesarias para garantizar el respeto a la voluntad y dignidad del paciente de forma sumaria y preferente.

3.- Los centros sanitarios públicos y privados deberán incluir en su cartera de servicios documentos informativos necesarios para el adecuado desarrollo de los derechos y garantías reconocidos en la presente Ley. Estos documentos deberán ser entregados al paciente y estar en zona visible para garantizar la efectividad de la información.

4.- Anualmente los centros sanitarios públicos y privados deberán remitir a la Consejería de Sanidad todas las actuaciones implementadas en relación con el derecho a las instrucciones previas de los pacientes.

Artículo 18.- *Acompañamiento de los pacientes.*

1.- Los centros e instituciones sanitarias públicas y privadas facilitarán a las personas en la fase terminal de su vida el acompañamiento familiar, siempre que resulte compatible con el conjunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer una atención de calidad a los pacientes.

2.- Los centros e instituciones sanitarias facilitarán, a petición de los pacientes, de las personas que sean sus representantes, o de sus familiares, el acceso de aquellas personas que les puedan proporcionar auxilio espiritual, conforme a sus convicciones y creencias, siempre y cuando las mismas no interfieran con las actuaciones del equipo sanitario.

3.- Los hijos menores del paciente ingresado tienen pleno derecho de visita sin que pueda ser limitada salvo circunstancia extraordinaria que lo desaconseje.

4.- Los centros e instituciones sanitarios prestarán apoyo y asistencia a las personas cuidadoras y a las familias de pacientes en el proceso final de sus vidas, tanto si están ingresados como si son atendidos en su domicilio.

5.- Los centros e instituciones sanitarias prestarán una atención en el duelo a la familia y a las personas cuidadoras y promoverán medidas para la prevención de situaciones calificadas como duelo patológico.

Artículo 19.- *Asesoramiento en cuidados paliativos.*

Se garantizará a los pacientes en fase terminal de la vida información sobre su estado de salud y sobre los objetivos de los cuidados paliativos que recibirán durante su proceso, de acuerdo con sus necesidades y preferencias. Los centros sanitarios y sociosanitarios garantizarán la necesaria coordinación en la información y asesoramiento en cuidados paliativos entre los diferentes equipos de profesionales.

Artículo 20.- *Estancia en habitación individual para personas en situación terminal.*

1.- Los centros e instituciones sanitarias garantizarán a los pacientes en situación terminal, que deban ser atendidos en régimen de hospitalización, una habitación individual durante su estancia, con el nivel de confort e intimidad que requiere su estado de salud, en la medida en que lo permitan las necesidades asistenciales.

2.- Asimismo, estos pacientes podrán estar acompañados permanentemente por una persona familiar o allegada de acuerdo con las preferencias del paciente.

Artículo 21.- *De los Comités de Ética Asistencial.*

La intervención de los comités de ética asistencial es recomendable en el caso de discrepancia entre los profesionales sanitarios y las personas en el proceso final de su vida o, en su caso, con aquellas personas que ejercitan sus derechos, o entre éstas y las instituciones sanitarias, en relación con la atención sanitaria prestada que no se resuelva mediante acuerdo entre las partes. En ningún caso los citados comités pueden sustituir las decisiones que tengan que adoptar los profesionales sanitarios.

TÍTULO V
DE LA VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN ESTA LEY

Artículo 22.- *De las responsabilidades del Gobierno de la Comunidad de Madrid.*

1.- La Consejería responsable de Sanidad organizará la vigilancia y supervisión del cumplimiento de lo dispuesto en esta Ley, de las medidas relacionadas con ella de la legislación nacional y autonómica, atendiendo a criterios de calidad y otros factores relevantes de evaluación.

2.- Anualmente el Gobierno redactará un Informe que permita conocer los datos más significativos de la implementación de esta Ley, el grado de satisfacción de los ciudadanos, y de la efectividad real de los derechos protegidos y regulados en ella, así como de los aspectos susceptibles de mejora. Este informe será público y será presentado a la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid.

Artículo 23.- *De las instancias encargadas del seguimiento de la implementación de esta Ley en los centros sanitarios, públicos y privados.*

1.- Todos los centros sanitarios (hospitales y organizaciones de Atención Primaria) así como los centros sociosanitarios en los que así lo determine la Consejería de Sanidad, tendrán la obligación de asignar a un órgano colegiado técnico asesor (como por ejemplo las Comisiones de Calidad

Percibida) el seguimiento de la implementación de lo dispuesto en esta Ley en su ámbito de actuación, comunicándose a la Consejería de Sanidad.

2.- La Consejería de Sanidad determinará reglamentariamente, en un plazo no superior a los tres meses de entrada en vigor de esta Ley, las funciones que en todo lo relacionado con esta Ley corresponde a los órganos colegiados técnico-asesores a los que hace referencia el párrafo 1º de este artículo. Entre ellas estará el envío anual de una Memoria a la Consejería de Sanidad para contribuir al Informe anual que ésta habrá de remitir a la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid.

TÍTULO VI INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 24.- Disposiciones generales.

1.- Sin perjuicio de lo previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, las infracciones contempladas en la presente Ley y en las especificaciones que la desarrollen en el ejercicio de la potestad reglamentaria serán objeto de sanción administrativa, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2.- De conformidad con lo previsto en el artículo 133 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, no podrán sancionarse los hechos que hayan sido sancionados, penal o administrativamente, en los casos en que se aprecie identidad de sujeto, hecho y fundamento.

3.- Son sujetos responsables de las infracciones, en la materia regulada por esta Ley, las personas físicas o jurídicas que, por acción u omisión, hubiesen participado en aquellas mediando dolo, culpa o negligencia.

Artículo 25.- Infracciones leves.

Se tipifica como infracción leve el incumplimiento de cualquier obligación o la vulneración de cualquier prohibición de las previstas en esta Ley, siempre que no proceda su calificación como infracción grave o muy grave.

Artículo 26.- Infracciones graves.

Se tipifican como infracciones graves las siguientes:

- a) El incumplimiento de las normas relativas a la cumplimentación de los datos clínicos.
- b) El impedimento del acompañamiento en la fase terminal de la vida, salvo que existan circunstancias clínicas que así lo justifiquen.

Artículo 27.- Infracciones muy graves.

Se tipifican como infracciones muy graves las siguientes:

a) El obstáculo o impedimento a los ciudadanos del disfrute de cualquiera de los derechos expresados en el Título II de la presente Ley.

b) La actuación que suponga incumplimiento de los deberes establecidos en el Título III de la presente Ley.

Artículo 28.- Sanciones.

1.- Las infracciones previstas en esta Ley serán objeto de las sanciones administrativas previstas en el artículo 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

2.- No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, si las citadas infracciones son cometidas por personal estatutario del Sistema Sanitario Público de Madrid, se sancionarán conforme a lo previsto en el Capítulo XII de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, referente al régimen disciplinario, de acuerdo con la habilitación contenida en el artículo 72.5 de dicho Estatuto.

3.- Sin perjuicio de la sanción económica que pudiera corresponder, en los supuestos de infracciones muy graves, se podrá acordar por el Consejo de Gobierno la revocación de la autorización concedida para la actividad en centros y establecimientos sanitarios.

Artículo 29.- Competencia.

El ejercicio de la potestad sancionadora corresponderá a los órganos de la Consejería competente en materia de salud, en los términos que se determinen reglamentariamente, sin perjuicio de la competencia atribuida al Consejo de Gobierno por el apartado 3 del artículo anterior.

DISPOSICIONES ADICIONALES

DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA

Evaluación de la Ley

La Consejería de Sanidad elaborará, en el plazo de un año, un estudio sobre el proceso final de la vida en la Comunidad Autónoma de Madrid, que se actualizará periódicamente, con el fin de permitir evaluar con regularidad la aplicación y efectos de la presente Ley.

DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA

Difusión de la Ley

La Consejería de Sanidad habilitará los mecanismos oportunos para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales y la ciudadanía en general.

DISPOSICIÓN ADICIONAL TERCERA

Cuidados paliativos

La Consejería de Sanidad, para el mejor cumplimiento de lo establecido en la presente Ley en relación a la prestación de cuidados paliativos, procurará una formación específica de alta calidad a

sus profesionales en su ámbito y promoverá las medidas necesarias para disponer en el Sistema Sanitario Público de Madrid del número y dotación adecuados de unidades de cuidados paliativos y equipos de soporte.

DISPOSICIÓN ADICIONAL CUARTA

Reconocimiento del compromiso profesional en los Comité de Ética Asistencial y en las Comisiones de Calidad Percibida

A los profesionales sanitarios y no sanitarios, que participen activamente como miembros en los Comité de Ética Asistencial y en las Comisiones de Calidad Percibida de los centros dependientes de la Consejería de Sanidad, se les reconocerá el tiempo de pertenencia a cualquiera de éstos en los procesos selectivos, promociones internas o similares.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA

Los Comités de Ética Asistencial actualmente en funcionamiento acomodarán su actuación al Decreto 61/2003, de 8 de mayo, por el que se regula el régimen jurídico de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y crean y regula la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid. No obstante, en el plazo de seis meses el Consejo de Gobierno procederá a dictar otro Decreto que adapte el marco normativo a las previsiones de esta Ley.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a la presente Ley y, concretamente el artículo 5.2.a de la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.

DISPOSICIONES FINALES

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA

Modificación Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente

Se añade la letra d al artículo 5.2, que queda con la siguiente redacción:

“d. Igualmente los pacientes de manera excepcional y en un contexto de riesgo vital podrán manifestar sus instrucciones previas en cualquier soporte que de forma fehaciente exprese su libre e inequívoca voluntad. En este supuesto, dicha voluntad deberá incorporarse en la historia clínica; además, será precisa la firma del médico y enfermera responsable de dicha atención. Para garantizar el respeto de la voluntad del paciente, cuando no pueda expresarla, la Dirección del centro notificará al Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid a los efectos oportunos”.

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA

Modificación de Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid

Se añaden los apartados 11 y 12 al artículo 27, que quedan con la siguiente redacción:

“27.11. Se reconoce el derecho al respeto de la voluntad del paciente en el proceso de su muerte en dignidad.

27.12. Se reconoce el derecho a la sedación paliativa/terminal del paciente.”

DISPOSICIÓN FINAL TERCERA

Desarrollo reglamentario

El desarrollo reglamentario de esta Ley se llevará a efecto de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 27.4 y 5, y artículo 28.1.1 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid aprobado por Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid.

DISPOSICIÓN FINAL CUARTA

Supletoriedad de la Ley 41/2002

La 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, se aplicará supletoriamente en relación con lo previsto en la presente Ley.

DISPOSICIÓN FINAL QUINTA

Entrada en vigor

La presente Ley entrará en vigor el mismo día de su publicación en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, debiendo también ser publicada en el «Boletín Oficial del Estado».

— PROP.L-3/2016 RGEP.1296 —

El Pleno de la Asamblea de Madrid, en sesión ordinaria celebrada el día 12 de mayo de 2016, ha tomado en consideración la Proposición de Ley 3/2016 RGEP.1296, presentada por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, de modificación de la Ley 4/1992, de 8 de julio, de Coordinación de Policías Locales de la Comunidad de Madrid.

Sede de la Asamblea, 12 de mayo de 2016.
La Presidenta de la Asamblea
PALOMA ADRADOS GAUTIER

— PROP.L-5/2016 RGEP.2647 —

La Mesa de la Asamblea, en sesión celebrada el día 17 de mayo de 2016, habiendo sido tomada en consideración por el Pleno de la Cámara la Proposición de Ley 5/2016 RGEP.2647, de Publicidad y Comunicación Institucional de la Comunidad de Madrid, en aplicación de lo previsto en el artículo