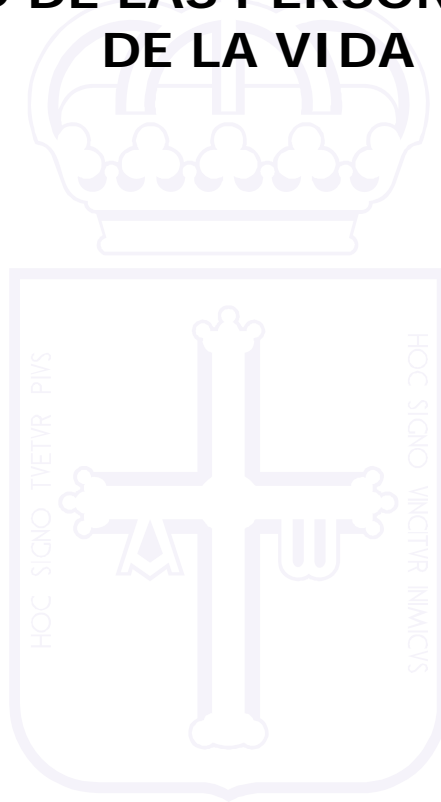


**ANTEPROYECTO DE LEY SOBRE
DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA
DIGNIDAD DE LAS PERSONAS AL FINAL
DE LA VIDA**



ÍNDICE SISTEMÁTICO

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

TÍTULO PRELIMINAR “Disposiciones generales”

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación

Artículo 2. Objetivos

Artículo 3. Principios rectores

Artículo 4. Definiciones

TÍTULO PRIMERO “Derechos de las personas en el proceso final de la vida”

Artículo 5. Derecho a un trato digno

Artículo 6. Derecho a la información asistencial

Artículo 7. Derecho a la confidencialidad

Artículo 8. Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado

Artículo 9. Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención

Artículo 10. Derecho a otorgar Instrucciones Previas

Artículo 11. Derechos de los menores de edad

Artículo 12. Derechos de las personas a recibir cuidados paliativos integrales

Artículo 13. Derechos de las personas al tratamiento del dolor y cualquier otro síntoma

Artículo 14. Derecho de la persona a la administración de la sedación paliativa

Artículo 15. Derecho a la intimidad personal y familiar

Artículo 16. Derecho al acompañamiento

TÍTULO SEGUNDO “Deberes de los profesionales sanitarios que atienden a la persona durante el proceso final de su vida”

Artículo 17. Deber de confidencialidad

Artículo 18. Deberes respecto a la información clínica

Artículo 19. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas y a la asistencia sanitaria

Artículo 20. Deberes respecto al Documento de Instrucciones Previas

Artículo 21. Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de falta de capacidad para tomar decisiones

Artículo 22. Deberes con respecto a la adecuación del esfuerzo terapéutico

TÍTULO TERCERO “Garantías de los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria”

Artículo 23. Garantías de los derechos de los pacientes

Artículo 24. Acompañamiento de las personas al final de la vida

Artículo 25. Acompañamiento asistencial a la persona

Artículo 26. Apoyo a la familia y personas cuidadoras

Artículo 27. Asesoramiento en cuidados paliativos

Artículo 28. Apoyo emocional durante el proceso final de la vida

Artículo 29. Comités de Ética para la Atención Sanitaria

TÍTULO CUARTO “Infracciones y sanciones”

Artículo 30. Disposiciones Generales

Artículo 31. Infracciones leves

Artículo 32. Infracciones graves

Artículo 33. Infracciones muy graves

Artículo 34. Sanciones

Artículo 35. Competencia

DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA. Evaluación de la Ley

DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA. Difusión de la Ley

DISPOSICIÓN ADICIONAL TERCERA. Cuidados paliativos

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA. Desarrollo reglamentario

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA. Entrada en vigor

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

El continuo desarrollo científico y técnico que la medicina ha venido experimentando desde el siglo pasado ha supuesto un aumento progresivo de la esperanza de vida para las personas. De este modo, se puede llegar a prolongar la misma hasta límites insospechados, implantándose con ello la percepción de que la muerte puede, y debe, ser pospuesta hasta el máximo. El proceso de morir es alargado, tanto para la propia persona como para sus familiares y allegados, con frecuencia en un contexto de atención sanitaria intensiva altamente tecnificada.

A consecuencia de esta prolongación del proceso de morir, y al hecho de que un número cada vez mayor de personas padecen enfermedades crónicas, degenerativas y oncológicas, se ha generado una serie de conflictos éticos y jurídicos que involucran no sólo a la propia persona, sino también a los profesionales sanitarios que la asisten. El enfoque anterior es uno de los responsables de que muchos profesionales sanitarios se encuentren incómodos e inseguros durante el proceso final de la vida del paciente, surgiendo conflictos entre ambos por la progresiva toma de conciencia en la sociedad de la autonomía de la persona en materia sanitaria y el deseo de tomar decisiones que no sólo están relacionadas con su salud o enfermedad, sino también con la propia muerte. En este momento la persona debe ser el sujeto de atención y protagonista de este proceso final, proporcionándosele el máximo confort y manteniéndola libre de sufrimiento; siendo necesario asumir no sólo los límites de la medicina, sino también el hecho inevitable de la muerte. El final de la vida nos coloca ante la evidencia de que la medicina tiene límites y hay procesos no susceptibles de curación pero que requieren ser atendidos. Tanto la sociedad como el sistema sanitario han de poner interés en ofrecer a las personas una atención integral centrada en conseguir la mayor calidad de vida posible. Una protección que no sólo debe darse en el ámbito sanitario, sino también en otros ámbitos implicados en esta fase, como es el de las instituciones de servicios sociales en las que se presta asistencia sanitaria, llamadas a desempeñar un importante papel.

En la actualidad se ha alcanzado un consenso ético y jurídico básico en torno a algunos de los contenidos y derechos del ideal de la buena muerte, a pesar de lo cual persiste cierta dificultad para llevar a la práctica clínica diaria las decisiones tendentes a asegurar de manera efectiva la plena dignidad en el proceso de morir. Dificultad que viene dada por la inseguridad jurídica a la que se enfrenta el profesional sanitario que tiene que dar cumplimiento a las decisiones de la persona, garantizando el respeto a la autonomía, dentro de un marco normativo que permite diversas interpretaciones.

La necesidad de la presente Ley sobre Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas al Final de la Vida se fundamenta en dos principios. Por un lado, la consolidación del respeto a la dignidad como un valor intrínseco y

base del respeto que todo ser humano merece, con independencia de su grado de autonomía o de conciencia. Por otro lado, la seguridad jurídica para los profesionales sanitarios, de manera que puedan conocer con certeza jurídica cómo proceder y actuar para dar pleno cumplimiento a los deseos de la persona. Por tanto, en cuanto al objeto de la ley, cabe reiterar que ésta se ocupa del proceso del final de la vida, concebido como un final próximo e irreversible, eventualmente doloroso y potencialmente lesivo de la dignidad de quien lo padece, para, en la medida de lo posible, aliviarlo en su transcurrir, con respeto a la autonomía, integridad física e intimidad personal de la persona. Se pretende, de tal forma, asumir legalmente el consenso generado sobre los derechos del paciente en el proceso final de su vida, fuera del contexto de la tipificación penal vigente de la eutanasia o suicidio asistido, concebido como la acción de causar o cooperar activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, aspecto ajeno a los regulados en la presente ley.

II

A pesar de lo expuesto anteriormente, la atención a la persona durante el proceso final de la vida ha sido abordada tanto en el marco normativo nacional como internacional. La dignidad del ser humano se configura así como núcleo central de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que además es reconocida como un derecho en el artículo 10 de la Constitución Española de 1978. La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, aprobada por aclamación el 7 de diciembre de 2000 recoge el derecho de toda persona a la integridad física y psíquica, y la obligación, congruente con él, de respetar, en el marco de la medicina y la biología, el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la Ley.

No podemos olvidar también, el importante papel del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, suscrito en Oviedo el día 4 de abril de 1997, que establece el marco común para la protección de los derechos humanos y de la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. De igual manera, la dignidad se constituye como fundamento principal de la Bioética, instituyéndose en pilar trascendental de la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada por aclamación por la Conferencia General de la UNESCO el 19 de octubre de 2005.

La Recomendación número 1418/1999, de 25 de junio, del Consejo de Europa, sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas enfermas terminales y moribundas (a la que seguirá la Recomendación 24/2003, de 12 de noviembre, del Comité de Ministros del Consejo de Europa, sobre organización de cuidados paliativos), nombra varios factores que pueden amenazar los derechos fundamentales que se derivan de la dignidad del paciente terminal o persona moribunda, y en su apartado 1 se refiere a las dificultades de acceso a cuidados paliativos y a

un buen manejo del dolor, e insta a los Estados miembros a que su derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria para que la persona enferma terminal o moribunda no fallezca sometida a síntomas insoportables. Por otro lado, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, con la Resolución 1.649 (2009), titulada "Cuidados paliativos: un modelo para una política social y de salud innovadora", recoge la definición de cuidados paliativos dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerándolos como un componente esencial de una atención sanitaria basada en la dignidad, la autonomía y los derechos de los pacientes, y advierte de la necesidad de un énfasis en el amplio potencial innovador de estos cuidados, y del peligro de que la opinión pública llegue a considerarlos como un lujo humanitario al que no puede hacerse frente en un contexto de crisis económica.

A nivel estatal la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrolló el artículo 43.1 de la Constitución, y con en ello el derecho a la protección de la salud. Pero en materia de decisiones durante el proceso al final de la vida ha de destacarse el importante papel que desempeña y ha cumplido 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. Una norma que constituye el referente normativo básico reconociendo derechos del paciente esenciales en el ámbito sanitario, como es el derecho a la autonomía, a la información o a otorgar instrucciones previas. Esta Ley, en su disposición adicional primera, dispone que las Comunidades Autónomas adopten, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de la misma, siendo la presente Ley autonómica una de estas medidas. La frecuencia cada vez mayor de situaciones complejas relacionadas con la capacidad de decisión sobre la propia vida y sobre la aplicación o no de determinados tratamientos, ha motivado un amplio debate social y por ello se evidencia la conveniencia de abordar de forma específica la regulación de los derechos que afrontan el proceso final de la vida, con el fin de preservar la dignidad de la persona en ese trance, respetar su autonomía y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos.

En el Principado de Asturias, el artículo 49 de la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud, reconoce el derecho al respeto de la personalidad, la dignidad humana, la intimidad y confidencialidad o al rechazo al tratamiento. Posteriormente se ha desarrollado el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, mediante la aprobación del Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario, y su posterior puesta en funcionamiento a través de la Resolución de 29 de abril de 2008, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

La ley se inserta, además, en la dirección que marca nuestra jurisprudencia constitucional sobre la materia. El Tribunal Constitucional, además de haber reconocido el derecho de las personas a rechazar un tratamiento, aun a sabiendas de que ello puede hacer que peligre su vida

(así, las sentencias 120/1990, 119/2001 y 154/2002), ha afirmado, en su Sentencia de 28 de marzo de 2011, que forma parte del artículo 15 de la Constitución “una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas”; la cual sería “precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal (sentencia de 29 de abril de 2002, *caso Pretty c. Reino Unido*, § 63), y también por este Tribunal (sentencia 154/2002, de 18 de julio)”.

III

La presente Ley se estructura en cinco títulos. El título preliminar tiene por objeto establecer las disposiciones y definiciones generales de la norma, fijándose el ámbito de aplicación y los objetivos que pretende, siendo necesario señalar que no sólo tiene por finalidad regular los derechos de la persona en el proceso final de la vida, sino también los deberes que se derivan de los mismos. Esta Ley resulta de aplicación tanto en el ámbito público como privado, y no sólo en instituciones sanitarias, sino también en las de servicios sociales en las que se presta asistencia sanitaria.

El título primero constituye el núcleo principal de la norma contemplando los derechos de las personas en el proceso final de la vida. Partiendo del reconocimiento del derecho a la dignidad de la persona se reconocen derechos esenciales en esta fase, como recibir información asistencial, manifestar el consentimiento informado, otorgar Instrucciones Previas, gozar de acompañamiento, recibir cuidados paliativos integrales, tratamiento del dolor y administración de sedación paliativa. De estos derechos se derivan una serie de deberes para los profesionales sanitarios, los cuales son contemplados en el título segundo, pero que también desembocan en obligaciones para los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en las que se presta asistencia sanitaria, recogidas en el título tercero. El título cuarto contempla una serie de infracciones y sanciones por incumplimiento de la norma. Por último, se recogen cuatro disposiciones adicionales destinadas a mejorar la calidad a la hora de aplicar el contenido de la presente Ley.

IV

El artículo 149.1.16^a de la Constitución atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad. En su artículo 43.1 reconoce el derecho a la protección de la salud, y en el apartado segundo de este mismo artículo atribuye a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El artículo 11.2 del Estatuto de Autonomía del Principado de Asturias, aprobado mediante Ley Orgánica 7/1981, de 30 de diciembre, confiere a la Comunidad Autónoma la competencia para el desarrollo legislativo y la ejecución, en el marco de la legislación básica del Estado, en materia de sanidad.

TÍTULO PRELIMINAR Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación.*

1. Esta Ley tiene por objeto la regulación de los derechos que corresponden a las personas en el proceso final de su vida.
2. La presente Ley se aplicará, dentro del ámbito de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, a las personas que se encuentren en el proceso final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, ya sea en su domicilio o en un centro sanitario, a sus familiares y representantes, al personal implicado en su atención sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria, así como a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria, tanto públicos como privados, y a las entidades aseguradoras que presten sus servicios en el Principado de Asturias.

Artículo 2. *Objetivos.*

Los objetivos de la presente Ley son los siguientes:

- a) Garantizar la dignidad de la persona en el proceso final de su vida.
- b) Defensa proactiva del respeto de la autonomía y de la voluntad de la persona en el proceso del final de su vida, incluido lo manifestado previamente por la misma en su documento de Instrucciones Previas.
- c) Regular los derechos que corresponden a las personas en el proceso final de su vida, así como los derechos y deberes del personal del ámbito social y sanitario que atiendan y asistan a las mismas y las garantías que deben proporcionar las instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria, tanto públicas como privadas, con respecto al mencionado proceso.

Artículo 3. *Principios rectores.*

Los principios rectores de esta ley son los siguientes:

- a) Proteger la dignidad de la persona en el proceso del final de su vida
- b) Impulsar la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona, respetando siempre sus deseos, prioridades y valores, así como salvaguardar su intimidad y confidencialidad.
- c) Garantizar que el rechazo o interrupción, por voluntad de la propia persona, de un proceso, tratamiento o información, no causará ningún perjuicio en su derecho a recibir asistencia integral del ámbito social o sanitario en el proceso del final de su vida.
- d) Garantizar el derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales y un tratamiento adecuado para hacer frente a los síntomas físicos, el dolor, los problemas emocionales y sociales y a los aspectos prácticos como la ubicación del lugar elegido por el paciente para su atención.
- e) Regular el ejercicio de los derechos de la persona durante el proceso final de su vida, de los deberes del personal sanitario y social que atiende a estas personas, así como las garantías que las instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria estarán obligadas a proporcionar, tanto a las personas enfermas como a los profesionales, con respecto a este proceso.
- f) Proporcionar un soporte emocional a la familia y allegados de la persona que facilite la elaboración del duelo.
- g) Garantizar la igualdad y la no discriminación de las personas en el proceso del final de su vida a la hora de recibir servicios del ámbito social o sanitario.

Artículo 4. *Definiciones.*

A efectos de esta ley se entiende por:

a) Calidad de vida: percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno.

b) Consentimiento informado: conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de 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.

c) Cuidados paliativos: conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas a proporcionar una atención integral a los pacientes cuya

enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en casa o en el hospital. Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni aceleran ni retrasan la muerte. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final. La buena práctica médica supone la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el abandono, el alargamiento innecesario o el acortamiento deliberado de la vida.

d) Obstinación terapéutica: tratamiento que consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Las causas de obstinación pueden incluir, entre otras, las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación o la demanda del enfermo o la familia.

e) Adecuación del esfuerzo terapéutico: acción de retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente.

f) Persona con enfermedad terminal: aquella que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con nula respuesta al tratamiento específico o modificador de la historia natural de la enfermedad, con un pronóstico de vida limitado (semanas o días), con síntomas multifactoriales, cambiantes, intensos y variables que provocan un alto grado de sufrimiento físico y psicológico al paciente y a sus personas cercanas. También se incluyen las personas accidentadas en situación incompatible con la vida.

g) Representante: persona que sirve como interlocutor del otorgante con el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas y que puede prestar consentimiento por representación después de ser designada para tal función mediante un documento de instrucciones previas o, si no existe éste, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

h) Situación de agonía: la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o pocos días.

i) Sedación paliativa: disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o

más síntomas refractarios. Cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida, se denomina sedación en la agonía.

j) Síntoma refractario: aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la sedación paliativa.

k) Documento de instrucciones previas: documento por el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y los tratamientos y, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo, con el objeto de que ésta se cumpla si cuando llegue el momento la persona no se encuentra en condiciones de expresarla personalmente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Este documento no sustituye la comunicación continua y adecuada del médico con su paciente, cuando éste conserva la capacidad para tomar decisiones.

l) Médico responsable: profesional que tiene a su cargo coordinar la información asistencial 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.

TÍTULO PRIMERO

Derechos de las personas en el proceso final de la vida

Artículo 5. *Derecho a un trato digno.*

Toda persona que se encuentre en el proceso final de su vida, tiene derecho a que los agentes del sistema de salud y social intervinientes le otorguen un trato digno respetando sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus creencias ideológicas, religiosas, socioculturales, de género y de pudor, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y a que se haga extensivo a sus familiares o acompañantes.

Artículo 6. *Derecho a la información asistencial.*

1. Toda persona que se encuentre en el proceso final de su vida o que afronte decisiones relacionadas con el mismo, tiene el derecho a recibir información clínica. Este derecho se ejercerá en los términos previstos en los artículos 4 y 5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
2. Cuando la persona rechace de manera libre y voluntaria recibir la información asistencial por parte de los profesionales sanitarios, éstos

deberán respetar la decisión del paciente y dejarán constancia de la misma en la historia clínica. En estos casos se consultará con el paciente qué persona desea que reciba la información y que pueda tomar decisiones en su representación. Este derecho a rechazar la información quedará limitado en los casos previstos en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, al igual que cuando la misma sea necesaria por el interés de su propia salud, de terceros o de la colectividad o por las exigencias terapéuticas del caso.

3. Cuando, a criterio del médico responsable, la persona que se halla bajo atención sanitaria esté en situación de falta de capacidad para tomar decisiones, la recepción de la información asistencial corresponderá, 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.
 - d) A los parientes de grado más próximo y, dentro del mismo grado, al de mayor edad.

Artículo 7. *Derecho a la confidencialidad.*

1. Toda persona que se encuentre en el proceso final de su vida tiene derecho a que todo aquel que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica o tenga acceso al contenido de ésta, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario en virtud de la normativa vigente.
2. El derecho a la confidencialidad cobra especial relevancia respecto al estado de salud y a todos datos relacionados con la atención sanitaria, incluida la estancia del paciente en instituciones sanitarias, así como los referidos a creencias, religión, ideología, vida sexual, origen racial o étnico, malos tratos u otros datos especialmente protegidos por el legislador.

Artículo 8. *Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.*

1. Toda persona al final de la vida o que afronte decisiones relacionadas con dicho proceso, tiene el derecho a la toma de decisiones relacionadas con las intervenciones sanitarias que le afecten.
2. La decisión sobre la atención sanitaria a recibir se expresará 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, así como en su

normativa de desarrollo. La voluntad así expresada se incorporará a la historia clínica.

Cuando, siendo precisa la firma del paciente para dejar constancia de su voluntad, éste no pudiera firmar por falta de capacidad física, lo hará en su lugar 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.

3. El paciente podrá requerir en cualquier momento la opinión de otro profesional sanitario de cara a poder decidir de mejor manera y de completar la posibilidad de la atención sanitaria.
4. Toda persona tiene el derecho a revocar libremente y en cualquier momento por escrito el consentimiento emitido con anterioridad.
5. Cuando, a criterio del médico responsable, la persona que se halla bajo atención sanitaria esté en situación de falta de capacidad para tomar decisiones la prestación del consentimiento corresponderá, 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.
 - d) A los parientes de grado más próximo y, dentro del mismo grado, al de mayor edad.

Artículo 9. *Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.*

1. Toda persona tiene derecho a rechazar un tratamiento o un procedimiento y a la retirada de una intervención ya iniciada, aún a pesar de que ponga en riesgo su vida o implique la suspensión de medidas de soporte vital.
2. La decisión de rechazar un tratamiento o un procedimiento o la retirada de una intervención ya iniciada será documentada en la historia clínica y será respetada una vez que el facultativo responsable de la asistencia haya informado a la persona en los términos y con el alcance y la forma prevista en el artículo 8.
3. La negativa o el rechazo a recibir un procedimiento quirúrgico, de hidratación y alimentación o de reanimación artificial o la retirada de medidas de soporte vital, no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones tendentes al confort y control de síntomas, para el adecuado control y alivio del dolor y del sufrimiento de la persona. Para ello, las autoridades sanitarias, la administración sanitaria y los

profesionales sanitarios velaran porque toda persona reciba estos cuidados mínimos y que los mismos sean acordes con su dignidad según la *lex artis*.

4. Cuando el estado físico o psíquico impidiera a la persona hacerse cargo de su situación, la decisión sobre el rechazo de un tratamiento o un procedimiento o la retirada de una intervención ya iniciada, se tomará por representación en los términos y con el alcance previsto en el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, toda persona tiene derecho, en cualquier momento, ya sea al ingresar en el centro asistencial o durante la etapa de tratamiento, a poder manifestar su voluntad de que no se implementen o de que se retiren las medidas de soporte vital que puedan conducir a una prolongación innecesaria de la agonía o que mantengan en forma penosa, gravosa y artificial la vida.

Artículo 10. *Derecho a otorgar Instrucciones Previas.*

1. Toda persona tiene derecho a otorgar un documento de instrucciones previas, en los términos y con el alcance previstos en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
2. Cuando en el documento de Instrucciones Previas se hubiese designado a una persona representante, ésta actuará siempre buscando el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona otorgante, y en particular deberá velar para que, en las situaciones asistenciales previstas en la declaración, se cumplan las disposiciones establecidas. Para el caso de decisiones acerca de situaciones clínicas no establecidas expresamente en la declaración, la persona representante deberá tomar en consideración tanto los valores o decisiones vitales recogidos en el documento de Instrucciones Previas, como la supuesta voluntad de la persona otorgante.

Artículo 11. *Derechos de los menores de edad.*

1. Toda persona menor de edad tiene el derecho a recibir información sobre su enfermedad e intervenciones propuestas, de forma adecuada a su capacidad de comprensión, y tendrá derecho a que su opinión sea escuchada, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 9.3.c) y 9.4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
2. Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. En todo caso se atenderá a las reglas generales previstas en el Código Civil con respecto a la patria potestad y a la tutela. El

consentimiento por representación se emitirá siempre atendiendo al interés del menor.

3. En cualquier caso, el proceso de atención a las personas menores de edad respetará las necesidades especiales de éstas y se ajustará a lo establecido en la normativa vigente sobre menores.

Artículo 12. *Derechos de las personas a recibir cuidados paliativos integrales.*

1. Toda persona que padezca una enfermedad grave, irreversible y de pronóstico mortal, que se encuentre en situación terminal o de agonía, tiene derecho al alivio del sufrimiento mediante cuidados paliativos integrales.
2. Los cuidados paliativos podrán incluir la atención en el domicilio, ingreso en unidades específicas o convencionales, hospital de día y consulta externa, atención a llamadas de emergencia y facilidades para el descanso del cuidador y abordarán las cuestiones físicas y psíquicas asociadas a la enfermedad de la persona.

Artículo 13. *Derechos de las personas al tratamiento del dolor y cualquier otro síntoma.*

1. Toda persona tiene derecho a recibir la atención idónea que prevenga y alivie el dolor, incluida la sedación si los síntomas son refractarios al tratamiento específico.
2. Cuando la persona precise tratamiento para el dolor, se diseñará un plan terapéutico y de cuidados personalizado, basado en una valoración integral de todas sus necesidades y coordinado entre los diferentes profesionales implicados en la atención. Este plan será presentado a la persona, conforme a las reglas generales establecidas en la presente Ley para la información asistencial, a los efectos de que emita el correspondiente consentimiento informado.

Artículo 14. *Derecho de la persona a la administración de la sedación paliativa.*

Toda persona que se encuentre en situación grave e irreversible, terminal o de agonía, que padezca un sufrimiento refractario, sea fruto de una enfermedad progresiva o de un proceso súbito, tiene derecho a recibir sedación paliativa, cuando esté médicamente indicada, aunque ello implique un acortamiento de la vida, mediante la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su consciencia, con el fin de aliviar adecuadamente su sufrimiento o síntomas refractarios al tratamiento específico.

Artículo 15. *Derecho a la intimidad personal y familiar.*

Las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a que se preserve su intimidad personal y familiar. A estos efectos, los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria facilitarán a las personas que deban ser atendidas en régimen de hospitalización una habitación de uso individual durante su estancia.

Artículo 16. *Derecho al acompañamiento.*

1. Los pacientes en el proceso final de su vida que requieran permanecer ingresados tienen derecho a que se les permita el acompañamiento de las personas que integren su entorno familiar, afectivo y social en los centros e instituciones sanitarias, que podrán introducir aquellos objetos o alimentos que la persona solicite siempre que ello resulte compatible con el conjunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer una atención de calidad y no entorpezca ni afecte a la atención sanitaria ni al normal funcionamiento de la institución.
2. Asimismo, y con la misma limitación asistencial, estos pacientes tendrán derecho a recibir, conforme a sus convicciones y sus creencias, la asistencia espiritual o religiosa que se procuren, de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa. Las indicaciones sobre este extremo podrán ser objeto de expresión en las Instrucciones Previas.

TÍTULO SEGUNDO

Deberes de los profesionales sanitarios que atienden a la persona durante el proceso final de su vida

Artículo 17. Deber de confidencialidad

1. Toda actividad que lleve a cabo el profesional sanitario que atiende a la persona durante el proceso final de su vida, tendente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica de la persona, se hará observando el debido resguardo de la intimidad de ésta y la confidencialidad de sus datos de carácter personal, en particular de sus datos sensibles.
2. No obstante lo anterior, se podrá revelar información confidencial de la persona, siempre que ésta otorgue su consentimiento previo para ello, o en los supuestos previstos legalmente.

Artículo 18. Deberes con respecto a la información clínica

1. El facultativo responsable de la atención a la persona deberá garantizar el cumplimiento del derecho a la información con el alcance y en los términos previstos en el artículo 6 de la presente Ley, debiendo dejar constancia en la historia clínica de que ha proporcionado la información y de que la misma ha sido suficientemente comprendida por la persona.
2. El resto de profesionales sanitarios implicados en la atención a la persona, también tienen obligación de facilitarle información clínica en función de su grado de responsabilidad y participación en el proceso de atención a la persona. En estos casos, el profesional sanitario deberá dejar constancia en la historia clínica de que ha proporcionado la información y de que la misma ha sido suficientemente comprendida por la persona.
3. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.

Artículo 19. Deberes con respecto a la toma de decisiones clínicas y a la asistencia sanitaria

1. El facultativo responsable de la asistencia, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en proceso de muerte, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, basándose en el estado de la Ciencia y la Tecnología, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afectada. En el caso de que este juicio profesional concluyese la indicación de una intervención sanitaria, deberá recabar el consentimiento de la persona en los términos previstos en el artículo 8 de la presente Ley.
2. Todos los profesionales implicados en la atención a la persona tienen el deber de respetar los valores, creencias y preferencias de ésta en la toma de decisiones clínicas, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas. Igualmente, se deberá respetar la decisión de la persona de rechazar cualquier tratamiento o de interrumpir uno ya iniciado o la retirada de una intervención, cuando la decisión se adopte según lo dispuesto en el artículo 9 de la presente Ley.
3. Los profesionales sanitarios tendrán la responsabilidad de prestar una atención médica de calidad científica y humana, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional, comprometiéndose a emplear los recursos de la Ciencia y la Tecnología de manera adecuada a la persona, según la *Lex Artis* y las posibilidades a su alcance. En cualquier caso, los profesionales sanitarios tendrán el

derecho de autonomía técnica científica, con las limitaciones de los principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y que serán explicados al paciente que atienden o a sus allegados si así se considera necesario.

Artículo 20. Deberes con respecto al Documento de Instrucciones Previas

1. Los profesionales que intervengan en el proceso final de la vida de la persona deberán proporcionar, en algún momento de la relación clínica, información acerca del derecho a otorgar el Documento de Instrucciones Previas.
2. Los profesionales sanitarios que atiendan a la persona durante el proceso final de su vida tienen la obligación de recabar de ella, información acerca de si ha otorgado o no un Documento de Instrucciones Previas, siempre que el mismo no aparezca reflejado en la Historia Clínica.
3. Cuando se preste asistencia sanitaria a una persona que se encuentre en una situación física o psíquica que le impida tomar decisiones por sí misma, los profesionales sanitarios implicados en el proceso consultarán el Registro de Instrucciones Previas para comprobar la existencia o no de un Documento de Instrucciones Previas y, en su caso, a las personas allegadas.
4. Todos los profesionales tienen la obligación de respetar los valores e instrucciones recogidas en el Documento de Instrucciones Previas, debiendo dar cumplimiento a las mismas salvo en los casos previstos en los artículos 11.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y 13 del Decreto 4/2008 de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.

Artículo 21. Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de falta de capacidad para tomar decisiones

1. El facultativo responsable de atender a la persona durante el proceso final de su vida es quien debe valorar si la persona atendida pudiera hallarse en una situación de falta de capacidad que le impidiera decidir por sí misma. Tal valoración deberá registrarse en la historia clínica.
2. Para determinar la situación de falta de capacidad para tomar decisiones 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.

Para la valoración de estos criterios se podrá 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 determinada la situación de falta de capacidad para tomar decisiones, el médico responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quién debe actuar en representación, atendiendo a lo previsto en esta Ley.

Artículo 22. Deberes con respecto a la adecuación del esfuerzo terapéutico

- 1. El facultativo responsable de la atención a la persona, en el ejercicio de una correcta y ética práctica clínica y manteniendo en todo lo posible la calidad de vida de la persona, adecuará el esfuerzo terapéutico a lo aconsejable según su situación clínica, evitándose toda obstinación terapéutica.
- 2. La justificación de esta medida de adecuación del esfuerzo terapéutico quedará reflejada en la historia clínica..
- 3. En cualquier caso, el facultativo responsable de la atención sanitaria de la persona, así como los demás profesionales sanitarios que atienden a la misma, están obligados a ofrecerles aquellas intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y confort, teniendo en cuenta que la elección de las medidas terapéuticas a aplicar ha podido ser ya expresada previamente mediante un documento de Instrucciones Previas.

TÍTULO TERCERO

Garantías de los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria

Artículo 23. Garantías de los derechos de los pacientes.

- 1. La Administración sanitaria, así como las instituciones recogidas en el artículo 1.2, deberán garantizar, en el ámbito de sus respectivas competencias, el ejercicio de los derechos establecidos en el título I.

2. La institución sanitaria o social en la que se preste asistencia sanitaria, responsable de la atención directa a la persona durante el final de su vida, tendrá que contar con las medidas asistenciales necesarias para ofrecer a la persona enferma una asistencia de calidad durante este proceso, y deberán arbitrar los medios para que los derechos de la persona no se vean mermados en ningún caso o eventualidad, incluida la negativa o la ausencia del profesional, así como cualquier otra causa sobrevenida.

Artículo 24. *Acompañamiento de las personas al final de la vida.*

1. Los centros e instituciones recogidos en el artículo 1.2 facilitarán a la persona que se encuentra en el proceso final de su vida el acompañamiento familiar o personal que precisen, compatibilizándolo con el conjunto de medidas sanitarias y sociales necesarias para ofrecer una atención de calidad a la persona.
2. Estos mismo centros e instituciones 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, procurando, en todo caso, que las mismas no interfieran con las actuaciones de los profesionales que asisten a la persona.

Artículo 25. *Atención profesional a la persona en el proceso final de la vida.*

1. Los centros e instituciones recogidos en el artículo 1.2 garantizarán a la persona que se encuentra en el proceso final de su vida la adecuada atención profesional con el fin de proporcionarle la asistencia integral, individualizada y continuada de los cuidados paliativos, tanto en el domicilio como en el centro sanitario, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos.
2. Esta atención supondrá la valoración integral de las necesidades de la persona enferma y el establecimiento de un plan personalizado de cuidados, la valoración y el control de síntomas físicos y psíquicos, la información y apoyo al paciente en las distintas fases del proceso y en la toma de decisiones y, en su caso, la información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a aquellas personas que estén vinculadas al paciente. En las situaciones que se precise, y particularmente en los casos complejos, se facilitará la atención por la estructura de apoyo sanitario y social por los servicios especializados, tanto en consultas como en el domicilio de la persona o mediante internamiento.
3. Se garantizará a la persona enferma, en el nivel asistencial donde lo demande, la información clínica que sea relevante para que, si así lo

desea, pueda expresar su voluntad a través del documento de Instrucciones Previas, al igual que se le asesorará sobre las formas admitidas para su otorgamiento.

Artículo 26. Apoyo a la familia y personas cuidadoras.

1. Los centros e instituciones recogidos en el artículo 1.2 garantizarán, tanto en el domicilio como en los propios centros e instituciones, apoyo y asistencia a los cuidadores y familiares de la persona en el proceso final de su vida, para facilitar su atención y cuidados, favorecer un clima de confianza que promueva la expresión de sus emociones en un ambiente de intimidad y prevenir la claudicación familiar.
2. Estos mismos centros e instituciones garantizarán una atención integral en el duelo a la familia y personas cuidadoras y promoverán medidas para la aceptación del fallecimiento de un ser querido y la prevención del duelo patológico.

Artículo 27. Asesoramiento en cuidados paliativos.

Se garantizará a la persona en el proceso final de su vida información sobre su estado de salud y sobre los objetivos de los cuidados paliativos que recibirá, de acuerdo a sus necesidades y preferencias.

Artículo 28. Apoyo emocional durante el proceso final de la vida.

1. Las instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria facilitarán medios de apoyo emocional a los pacientes y a sus familias que les ayuden a afrontar el proceso final de la vida, cuando así lo soliciten.
2. A los efectos previstos en el apartado anterior, los poderes públicos fomentarán la participación del voluntariado en el acompañamiento de los pacientes en el proceso final de la vida y de sus familias.
3. Este acompañamiento requerirá en todo momento el consentimiento de la persona o de su representante.

Artículo 29. Comités de Ética para la Atención Sanitaria.

1. Los usuarios y los profesionales podrán recabar la opinión del Comité de Ética para la Atención Sanitaria del Área Sanitaria, en los términos y con el alcance previstos reglamentariamente. Con la finalidad de ayudar y asesorar éticamente, estos Comités podrán proponer protocolos de actuación para garantizar la aplicación efectiva de lo previsto en la presente Ley.

2. Con la finalidad de ayudar y asesorar éticamente, sin perjuicio de que puedan consultar al Comité de Ética para la Atención Sanitaria previsto en el apartado anterior, los centros e instituciones recogidos en el artículo 1.2, al igual que los profesionales, podrán recabar el asesoramiento de la Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias.
3. Junto con los citados órganos asesores, han de tenerse en cuenta las competencias y funciones atribuidas al Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias en su normativa reguladora.

TÍTULO CUARTO Infracciones y sanciones

Artículo 30. *Disposiciones Generales.*

1. Sin perjuicio de lo previsto en la Ley 14/ 1986, de 25 de abril, General de Sanidad, las infracciones contempladas en la presente Ley y, en su caso, con las especificaciones o graduaciones que se introduzcan 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 31 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público, 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 titulares de los centros o establecimientos sanitarios o sociales, respondiendo incluso de las acciones u omisiones cometidas por quienes se hallen sujetos a una relación de dependencia o vinculación.
4. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, si las citadas infracciones son cometidas por personal del Servicio de Salud del Principado de Asturias, se sancionarán conforme a lo previsto en la normativa reguladora del régimen disciplinario que les sea aplicable en función de la naturaleza de su relación jurídica con el Servicio de Salud.

Artículo 31. *Infracciones leves.*

Se tipifican como infracciones leves las siguientes:

- a) El incumplimiento de las normas relativas a la cumplimentación de los datos clínicos cuando no tenga grave repercusión para la asistencia del paciente.
- b) La oposición a facilitar información o la falta de colaboración con la actuación de control de las autoridades sanitarias o de sus agentes que perturbe o retrase la misma, pero que no impida o dificulte gravemente su realización.
- c) Las simples irregularidades en la observación de la presente ley, sin trascendencia directa para la salud pública.
- d) 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 32. *Infracciones graves.*

1. Se tipifican como infracciones graves las siguientes:
 - a) El incumplimiento de las normas relativas a la cumplimentación de los datos clínicos cuando tenga grave repercusión para la asistencia del paciente.
 - b) El impedimento del acompañamiento en el proceso de muerte, salvo que existan circunstancias clínicas que así lo justifiquen.
 - c) El incumplimiento de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias o sus agentes.
 - d) La oposición a facilitar información así como el suministro de la misma a sabiendas de su inexactitud o la falta de colaboración con la actuación de control de las autoridades sanitarias o sus agentes, cuando impida o dificulte gravemente su realización.
2. Las infracciones tipificadas como leves podrán calificarse de graves, cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:
 - a) Lesividad del hecho.
 - b) Cuantía del eventual beneficio obtenido.
 - c) Gravedad de la alteración sanitaria y social producida.
 - d) Grado de intencionalidad.

Artículo 33. *Infracciones muy graves.*

1. Se tipifican como infracciones muy graves las siguientes:
 - a) El incumplimiento reiterado de los requerimientos específicos que formulen las autoridades sanitarias o sus agentes.
 - b) La negativa absoluta a facilitar información o prestar colaboración a las autoridades sanitarias o a sus agentes.

- c) La resistencia, coacción, amenaza, represalia o cualquier otra forma de intimidación o presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.
 - d) El obstáculo o impedimento a los ciudadanos del disfrute de cualquiera de los derechos expresados en el Título I, salvo lo previsto en la letra b) del artículo anterior.
 - e) La actuación que suponga incumplimiento de los deberes establecidos en el Título II, salvo lo previsto en la letra a) del artículo 33 y en la letra a) del artículo 34.
2. Las infracciones tipificadas como graves podrán calificarse de muy graves, cuando concurra alguna de las circunstancias previstas en el apartado 2 del artículo anterior, salvo que esta concurrencia haya determinado su tipificación como grave.

Artículo 34. *Sanciones.*

1. Las infracciones tipificadas en esta Ley serán objeto de las sanciones administrativas previstas en el artículo 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril.
2. Sin perjuicio de la sanción económica que pudiera corresponder, en los supuestos de infracciones muy graves, se podrá acordar por el Consejo de Gobierno el cierre temporal de los centros y establecimientos sanitarios y de servicios sociales por un tiempo máximo de cinco años.

Artículo 35. *Competencia.*

La competencia para la resolución de los procedimientos sancionadores corresponde:

- a) Al Director General competente en materia de atención sanitaria, para la imposición de sanciones por infracciones calificadas como leves.
- b) Al Consejero competente en materia de sanidad para la imposición de sanciones por infracciones calificadas como graves o muy graves.
- c) Al Consejo de Gobierno cuando proceda la imposición de la sanción de cierre temporal por infracciones calificadas como muy graves. En este caso, su competencia se extenderá también a la imposición de la sanción económica que procediera.

Disposición adicional primera. *Evaluación de la Ley.*

La Consejería con competencias en materia de Sanidad elaborará, en el plazo de un año, un estudio sobre los aspectos relacionados con la

aplicación de esta ley, que se actualizará periódicamente con el fin de permitir evaluar su aplicación y efectos.

Disposición adicional segunda. *Difusión de la Ley.*

Se habilitarán 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 Administración Pública Sanitaria, para el mejor cumplimiento de lo establecido en la presente ley en relación con la prestación de cuidados paliativos, proporcionará una formación específica a sus profesionales y promoverá las medidas necesarias para disponer en el Servicio de Salud del Principado de Asturias del número y dotación adecuados de unidades de cuidados paliativos, concebidas como tales o como equipos de apoyo a la Atención Primaria.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas a la entrada en vigor de la presente ley las disposiciones de igual o inferior rango emanadas de los órganos de la Comunidad Autónoma que se opongan a lo previsto en la misma..

Disposición final primera. *Desarrollo reglamentario.*

Se habilita al Consejo de Gobierno para dictar cuantas disposiciones reglamentarias exijan la aplicación y desarrollo de la presente Ley.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el Boletín Oficial del Principado de Asturias.