



I. PRINCIPADO DE ASTURIAS

• DISPOSICIONES GENERALES

PRESIDENCIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

LEY del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.

EL PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Sea notorio que la Junta General del Principado de Asturias ha aprobado, y yo en nombre de Su Majestad el Rey, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 31.2 del Estatuto de Autonomía del Principado de Asturias, vengo a promulgar la siguiente Ley del Principado de Asturias sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.

PREÁMBULO

I

1. El continuo desarrollo científico y técnico que la medicina ha venido experimentando desde el siglo pasado ha supuesto, junto a otros condicionantes sociales y materiales, 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. Precisamente por ello, en este momento de la vida resulta fundamental mantener el respeto a la dignidad de la persona.

2. A consecuencia de esta prolongación del proceso de morir, y del hecho de que un número cada vez mayor de personas padecen enfermedades crónicas, degenerativas y oncológicas, se han generado una serie de conflictos éticos y jurídicos que involucran no solo a la propia persona y a sus familiares, sino también a los profesionales sanitarios que la asisten. El enfoque anterior es una de las causas de que muchos profesionales sanitarios se encuentren incómodos e inseguros durante el proceso del 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 solo están relacionadas con su salud o enfermedad, sino también con la propia muerte. La persona debe ser el sujeto de atención y protagonista de este proceso del final de su vida, proporcionándosele el máximo confort y manteniéndola libre de sufrimiento, siendo necesario asumir no solo los límites de la medicina, sino también el hecho inevitable de la muerte. 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 solo 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.

3. 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 enfrentan tanto la ciudadanía como 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.

4. La necesidad de la presente ley 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. Una seguridad jurídica que a día de hoy es más que necesaria en el contexto del proceso del final de la vida, y que va a redundar en una mejora de la calidad asistencial y, sobre todo, en un refuerzo de los derechos del paciente evitando situaciones complejas de confrontación, tanto con el mismo como con sus familiares o allegados, e igualmente va a suponer que el profesional sanitario sea parte esencial en la garantía de los derechos de la persona, como agente necesario para llevarlos a cabo.

5. Por tanto, en cuanto al objeto de la Ley, cabe reiterar que esta 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, resultando crucial la promoción del documento de instrucciones previas, ya regulado en el Principado de Asturias, difundiendo su conocimiento tanto en el colectivo profesional como en el conjunto de la sociedad. Asimismo, la Ley garantiza el acceso universal a los cuidados paliativos, no como un fin en sí mismo, sino como un medio para mejorar la calidad de la muerte. Se pretende, de tal forma, asumir legalmente el consenso generado sobre los derechos del paciente en el proceso del 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.

6. Por otra parte, es de destacar que en el Principado de Asturias no existen estudios sobre «cómo se muere» ni se han articulado mecanismos o métodos de evaluación sobre este tema. Si la finalidad de la Ley es mejorar la calidad del proceso del final de la vida, garantizando los derechos de los ciudadanos y adaptando los recursos asistenciales a sus necesidades, es necesario poner en marcha mecanismos de recogida de información y evaluación continua, como el Observatorio de la Muerte Digna previsto en esta ley, cuyo fin último sea mejorar el conocimiento, evaluar la calidad asistencial y evitar la variabilidad territorial.

II

7. La atención a la persona durante el proceso del 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. La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, aprobada 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.

8. El 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, 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 Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada por aclamación por la Conferencia General de la Unesco el 19 de octubre de 2005.

9. La Recomendación número 1418/1999, de 25 de junio, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos (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 1649 (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.

10. A nivel estatal, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrolló el artículo 43.1 de la Constitución y, con ello, el derecho a la protección de la salud. Pero en materia de decisiones durante el proceso del 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 obligaciones 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. Por ello, se evidencia la conveniencia de abordar de forma específica la regulación de los derechos de los pacientes que afrontan el proceso del 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.

11. 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.

12. 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 contra Reino Unido, § 63), y también por este Tribunal (Sentencia 154/2002, de 18 de julio)».

III

13. 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 solo tiene por finalidad regular los derechos de la persona en el proceso del final de la vida, sino también los deberes que se derivan de los mismos. Resulta de aplicación tanto en el ámbito público como privado, en instituciones sanitarias y de servicios sociales en las que se presta asistencia sanitaria.

14. El Título I constituye el núcleo principal de la norma contemplando los derechos de las personas en el proceso del 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, 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 II, pero que también desembocan en obligaciones para los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria, recogidas en el Título III. El Título IV contempla una serie de infracciones y sanciones por incumplimiento de la norma. Por último, se recogen tres disposiciones adicionales, cuya finalidad es mejorar la calidad en la aplicación de la Ley.

IV

15. 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.

16. El artículo 11.2 del Estatuto de Autonomía del Principado de Asturias 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 del final de su vida, entendido como aquella situación en que la persona 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. Asimismo, regula los deberes del personal del ámbito sanitario y social que atienden a la persona durante el proceso del final de su vida y las garantías que los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria están obligados a proporcionar, tanto a las personas enfermas como a los profesionales, con respecto al mencionado proceso.

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 del final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, ya sea en su domicilio, lugar de residencia o en un centro o institución sanitaria o social, a sus familiares y representantes, al personal implicado en su atención sanitaria, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria, así como a los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria, públicos o privados, y a las entidades aseguradoras que presten sus servicios en el Principado de Asturias.

Artículo 2.—*Principios rectores.*

Los principios rectores de la presente ley son los siguientes:

- Protección de la dignidad de la persona en el proceso del final de su vida.
- Impulso de la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona, respetando sus deseos, prioridades y valores.
- Respeto a la intimidad de la persona y a la confidencialidad.
- Garantía de 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 3.—*Objetivos.*

Los objetivos de esta ley son los siguientes:

- Realizar una 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.
- 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.
- Garantizar el derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos 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.
- Proporcionar soporte emocional a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho que facilite la elaboración del duelo.
- Garantizar una atención sociosanitaria personalizada, a través de la coordinación y cooperación entre los sistemas de salud y servicios sociales, velando por la continuidad de cuidados.

- f) Proporcionar una atención sanitaria de calidad a las personas ante el proceso del final de su vida.
- g) Contribuir y dotar de seguridad jurídica a los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso final de la vida de la persona.

Artículo 4.—*Definiciones.*

A efectos de esta ley se entiende por:

- a) Adecuación del esfuerzo terapéutico: acción de retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico así lo aconseje. Consiste en la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente.
- b) 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 y 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.
- c) 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.
- d) 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 el domicilio o lugar de residencia o en centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible mediante la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el acortamiento deliberado de la vida.
- e) Documento de instrucciones previas: documento por el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo, con el objeto de que esta se cumpla si cuando llegue el momento la persona no se encuentra en condiciones de expresarla personalmente.
- f) 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.
- g) Obstinación terapéutica: instauración o mantenimiento 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.
- h) 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, con síntomas multifactoriales, cambiantes, intensos y variables que provocan un alto grado de sufrimiento físico y psicológico al paciente y a las personas vinculadas al mismo por razones familiares o de hecho. También se incluyen las personas accidentadas en situación incompatible con la vida.
- i) 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 este, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.
- j) Sedación paliativa: disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos en las dosis y combinaciones requeridas al efecto, con el fin de aliviar adecuadamente su sufrimiento o síntomas refractarios al tratamiento específico.
- k) 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.
- l) Situación de agonía: la que precede a la muerte cuando esta 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.
- m) Sedación en fase de agonía: sedación paliativa indicada en la fase final del proceso de vida del paciente en situación terminal o de agonía, con intención de alcanzar niveles de sedación profunda.

TÍTULO I

DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL PROCESO DEL FINAL DE LA VIDA

Artículo 5.—*Derecho a un trato digno.*

Toda persona que se encuentre en el proceso del final de su vida tiene derecho a que todas aquellas personas que le asisten durante el mismo le dispensen un trato digno, respetando sus convicciones personales, 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 las personas vinculadas a la misma por razones familiares o de hecho.

Artículo 6.—*Derecho al alivio del sufrimiento.*

Toda persona que se encuentre en el proceso del final de su vida tiene derecho al alivio del sufrimiento, con una asistencia que sea respetuosa con sus propios valores y su voluntad.



Artículo 7.—*Derecho a la información asistencial.*

1. Toda persona que se encuentre en el proceso del final de su vida o que afronte decisiones relacionadas con el mismo tiene el derecho a recibir información derivada de su proceso asistencial de forma comprensible y adaptada a sus necesidades. Este derecho se ejercerá en los términos previstos en la legislación básica reguladora del derecho a la información asistencial.

2. Los sistemas de información de los centros sanitarios, públicos y privados, dispondrán de un apartado en la historia clínica de cada paciente, donde, en caso de encontrarse en situación terminal o padeciendo una enfermedad grave e irreversible con sufrimiento refractario, deberá constar dicha circunstancia, si ya recibió información, cuál, en qué fecha y sus instrucciones previas. Sin perjuicio de las consideraciones adicionales que corresponda añadir en cada caso en función de la patología, su evolución y la situación funcional de la persona, deberá proporcionarse siempre una información mínima estandarizada en la que se recojan los derechos reconocidos en la presente ley.

3. Cuando la persona rechace de manera libre y voluntaria recibir la información asistencial por parte de los profesionales sanitarios, estos 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 tome 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.

4. 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 no separado legalmente o de hecho o persona vinculada por análoga relación de afectividad.
- d) Al hijo mayor de edad; si hubiese varios, serán preferidos los que convivan con la persona afectada y el mayor al menor.
- e) Al ascendiente más próximo de menos edad.
- f) A los parientes de grado más próximo y, dentro del mismo grado, al de mayor edad.

Artículo 8.—*Derecho a la confidencialidad.*

Toda persona que se encuentre en el proceso del final de su vida tiene derecho a que todo aquel que intervenga en el mismo, guarde la debida reserva, en particular de los datos especialmente protegidos por el legislador, salvo expresa disposición en contrario en virtud de la normativa vigente. Se prestará especial atención a todos aquellos que elaboren o accedan a información y documentación clínica de la persona a la cual están asistiendo.

Artículo 9.—*Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.*

1. Toda persona que se encuentre en el proceso del final de la vida o que afronte decisiones relacionadas con dicho proceso tiene 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 ejercerá 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 obligaciones en materia de información y documentación clínica, 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, este 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. Toda persona tiene el derecho a revocar libremente y en cualquier momento por escrito el consentimiento emitido con anterioridad.

4. 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 a las personas cuyo orden de prelación se determina en el apartado cuarto del artículo 7 de la presente Ley.

Artículo 10.—*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, aun 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 previstos en el artículo 7.

3. La negativa o el rechazo a recibir un procedimiento quirúrgico, de hidratación y alimentación o de reanimación cardiopulmonar o la retirada de medidas de soporte vital en ningún caso supondrá la interrupción en el necesario control sintomático habitual en cuidados paliativos, que continuará realizándose hasta el momento mismo del fallecimiento. Para ello, las autoridades sanitarias, la administración sanitaria y los profesionales sanitarios velarán por que toda persona reciba estos cuidados mínimos y que los mismos sean acordes con el respeto a 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 previstos en el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ejercitándose por las personas previstas en el apartado cuarto del artículo 7 de la presente Ley.

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 o institución sanitaria y de servicios sociales en el que se preste asistencia sanitaria 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.

6. El derecho a rechazar un tratamiento comprenderá también la facultad de solicitar un tratamiento alternativo al inicialmente propuesto. A tales efectos, se admitirá la solicitud de tratamiento alternativo siempre y cuando el mismo sea acorde con la *lex artis* y esté incluido en la cartera de servicios del centro donde la persona esté siendo asistida.

Artículo 11.—*Derecho a otorgar instrucciones previas.*

1. Toda persona mayor de edad, capaz y libre tiene derecho a formular sus instrucciones previas mediante un documento en el que manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre el cuidado y el tratamiento de su salud o, llegado el momento del fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos.

2. Las instrucciones previas podrán otorgarse mediante cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Ante notario, en cuyo caso no será necesaria la presencia de testigos.
- Ante el personal del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario, en las condiciones que reglamentariamente se determinen.
- Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deberán tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por matrimonio o por análoga relación de afectividad en la forma establecida legalmente con el otorgante.

Artículo 12.—*Derechos de las personas menores de edad.*

1. Toda persona menor de edad tiene derecho a recibir información sobre su estado de salud, 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 la legislación básica reguladora del derecho a la información asistencial. Se pondrá especial atención en el derecho del menor a recibir información adaptada a su edad, madurez o desarrollo mental y estado afectivo y psicológico sobre el conjunto del tratamiento médico o de cuidados paliativos al que se le somete y las perspectivas positivas que este ofrece.

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 estas y se ajustará a lo establecido en la normativa vigente sobre menores.

Artículo 13.—*Derecho a recibir cuidados paliativos.*

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.

2. Los cuidados paliativos podrán incluir la atención en el domicilio o lugar de residencia, ingreso en unidades específicas o convencionales, hospital de día y consulta externa, y abordarán las cuestiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales asociadas a la enfermedad de la persona.

Artículo 14.—*Derecho 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. Una vez diseñado, este plan será presentado a la persona para que consienta o no el mismo, en los términos previstos en los artículos 9 y 10. En el caso de menores de edad, se actuará de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12.

Artículo 15.—*Derecho 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, una vez otorgado el correspondiente consentimiento informado.

Artículo 16.—*Derecho a la intimidad personal y familiar.*

Las personas que se encuentren en el proceso del 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 ofertarán a las personas que deban ser atendidas en régimen de hospitalización una habitación de uso individual durante su estancia.

Artículo 17.—*Derecho al acompañamiento.*

1. Los pacientes en el proceso del final de su vida que requieran permanecer ingresados tienen derecho a que se les permita el acompañamiento en los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria de las personas que integren su entorno familiar, afectivo y social, que podrán introducir aquellos objetos o alimentos que la persona solicite, siempre que ello resulte compatible con el conjunto de medidas sanitarias y sociales necesarias para ofrecer una atención de calidad. En estos casos, el médico responsable deberá dejar constancia razonada, en ese momento, en la historia clínica.

2. Asimismo, estos pacientes tendrán derecho, cuando así lo soliciten o a petición de sus representantes o de sus familiares, al acceso de aquellas personas que les puedan proporcionar apoyo espiritual, conforme a sus convicciones y creencias, procurando, en todo caso, que no interfieran con las actuaciones del equipo sanitario. En estos casos, el médico responsable deberá dejar constancia razonada, en ese momento, en la historia clínica.

3. Los menores de edad vinculados al paciente por razones familiares o de hecho tienen pleno derecho de visita, sin que pueda ser limitada, salvo circunstancia extraordinaria que lo aconseje y de la que el médico responsable deberá dejar constancia razonada, en ese momento, en la historia clínica. A estos efectos, se tendrá en cuenta la voluntad del menor.

TÍTULO II

DEBERES DE LOS PROFESIONALES QUE ATIENDEN A LA PERSONA DURANTE EL PROCESO DEL FINAL DE SU VIDA

Artículo 18.—*Deber de confidencialidad y respeto al derecho a la intimidad de los pacientes.*

1. Toda actividad que lleve a cabo el profesional sanitario que atiende a la persona durante el proceso del final de su vida, tendente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica, se hará observando el debido resguardo de la intimidad de esta 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 esta otorgue su consentimiento previo para ello, o en los supuestos previstos legalmente.

Artículo 19.—*Deberes con respecto a la información asistencial.*

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 7, debiendo dejar constancia en la historia clínica, en el momento en que sea posible, 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, en el momento en que sea posible, 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 y adaptados a sus necesidades, de acuerdo con el principio de información accesible y comprensible para todos.

Artículo 20.—*Deberes con respecto a la asistencia sanitaria y a la toma de decisiones clínicas.*

1. Los profesionales sanitarios tendrán la responsabilidad de prestar una atención sanitaria 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.

2. Todos aquellos que estén implicados en la atención a la persona tienen el deber de respetar los valores, creencias y preferencias de esta 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 10.

Artículo 21.—*Deberes con respecto al documento de instrucciones previas.*

1. Los profesionales que intervengan en el proceso del final de la vida de la persona deberán proporcionar, en algún momento de la relación clínica o social, información acerca del derecho a otorgar el documento de instrucciones previas.

2. Los profesionales sanitarios que atiendan a la persona durante el proceso del final de su vida tienen la obligación de recabar de ella información acerca de si ha otorgado un documento de instrucciones previas, siempre que el mismo no aparezca reflejado en la historia clínica.

3. Este documento no sustituye la comunicación continua y adecuada del médico con su paciente, cuando este conserva la capacidad para tomar decisiones.

4. 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 de un documento de instrucciones previas y, en su caso, a las personas allegadas.

5. Todos los profesionales tienen la obligación de respetar el contenido del documento de instrucciones previas, debiendo dar cumplimiento a las mismas salvo en los casos previstos en la legislación básica sobre autonomía del paciente.

Artículo 22.—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 del final de su vida es quien debe valorar si la persona atendida pudiera hallarse en una situación de falta de capacidad que le impidiere 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 podrá solicitar la opinión de otros profesionales, especialmente de los 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 falta de capacidad para tomar decisiones, el médico responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quién debe actuar en representación.

Artículo 23.—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. La justificación de esta medida de adecuación del esfuerzo terapéutico quedará reflejada en la historia clínica.

2. En los supuestos de terapia de soporte vital, estado vegetativo permanente o de mínima consciencia y en aquellas situaciones en las que, por lo súbito del proceso patológico, no haya existido una relación asistencial previa entre paciente y facultativo, la decisión deberá ser discutida con, al menos, otro profesional sanitario dentro de los habituales cauces de toma de decisiones clínicas. De todo esto deberá dejarse constancia 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 ofrecerle 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 III

GARANTÍAS EN LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS Y DE SERVICIOS SOCIALES EN LOS QUE SE PRESTA ASISTENCIA SANITARIA

Artículo 24.—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. Los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se preste asistencia sanitaria, responsables de la atención directa a la persona durante el proceso del final de su vida, tendrán 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 25.—Acompañamiento de las personas en el proceso del final de la vida.

Los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se preste asistencia sanitaria facilitarán a la persona que se encuentra en el proceso del final de su vida el acompañamiento familiar o personal que precisen, en especial el derecho de visita de los menores de edad vinculados al paciente por razones familiares o de hecho, y el acceso de aquellas personas que le puedan proporcionar apoyo espiritual, conforme a sus convicciones y creencias, en los términos expresados en el artículo 17.

Artículo 26.—Atención profesional a la persona en el proceso del final de la vida.

1. Los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se preste asistencia sanitaria garantizarán a la persona que se encuentra en el proceso del final de su vida la adecuada atención profesional mediante equipos multidisciplinarios con el fin de proporcionarle la asistencia integral, individualizada y continuada de los cuidados paliativos, como prestación esencial a la que tiene derecho, tanto en el domicilio o lugar de residencia como en el centro o institución sanitaria, estableciendo los mecanismos necesarios para promover su universalización y 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.

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 27.—*Apoyo a la familia y personas cuidadoras.*

1. Los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se preste asistencia sanitaria garantizarán, tanto en el domicilio o lugar de residencia como en los propios centros e instituciones, apoyo y asistencia a los cuidadores y familiares de la persona en el proceso del 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 procurarán 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 28.—*Asesoramiento en cuidados paliativos.*

1. Se garantizará a la persona en el proceso del 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.

2. La administración sanitaria elaborará un plan de cuidados paliativos que garantice un desarrollo territorial equitativo y que contemple la elaboración e implantación de protocolos de cuidados en el proceso del final de la vida, especialmente en residencias de mayores.

Artículo 29.—*Apoyo emocional durante el proceso del final de la vida.*

1. Las instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria promoverán medios de apoyo emocional, bien directamente o a través de la continuidad asistencial y la coordinación entre diferentes recursos sociosanitarios, a los pacientes y a sus familias, que les ayuden a afrontar el proceso del 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.

3. Este acompañamiento requerirá en todo momento el consentimiento de la persona o de su representante.

Artículo 30.—*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.

2. Sin perjuicio de lo 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.

Artículo 31.—*Observatorio de la Muerte Digna.*

1. Se crea el Observatorio de la Muerte Digna como herramienta que ha de servir para evaluar la calidad de la muerte en el Principado de Asturias y cuyas funciones y composición se desarrollarán reglamentariamente.

2. Entre sus funciones principales se deberán incorporar las siguientes: recogida de datos acerca del número de documentos de instrucciones previas otorgados, formación de profesionales y pacientes acerca de los derechos y deberes recogidos en esta ley, evaluación de la variabilidad en la aplicación de los recursos sociosanitarios dirigidos al cumplimiento de esta ley, análisis de los informes de evaluación elaborados por las Comisiones de Mortalidad y elaboración de un informe anual de conclusiones y recomendaciones.

3. El Observatorio de la Muerte Digna deberá contar, al menos, con la participación de la sociedad civil, de usuarios y afectados y de profesionales del sistema sanitario.

4. El Servicio de Salud del Principado de Asturias pondrá en marcha, dentro de su estructura organizativa, Comisiones de Mortalidad en todas las áreas sanitarias que fijen mecanismos de evaluación del proceso asistencial y la satisfacción de los usuarios.

TÍTULO IV

INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 32.—*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. Son sujetos responsables de las infracciones, en la materia regulada por esta ley, las personas físicas o jurídicas titulares de los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se preste asistencia sanitaria, respondiendo incluso de las acciones u omisiones cometidas por quienes se hallen sujetos a una relación de dependencia o vinculación.

3. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, si las citadas infracciones son cometidas por personal de la Administración del Principado de Asturias, del Servicio de Salud del Principado de Asturias o de cualquier otro organismo o entidad integrante del sector público autonómico, 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 citado sector público.



Artículo 33.—*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 resistencia 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 34.—*Infracciones graves.*

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. Se entenderá que se ha producido una grave repercusión cuando se haya provocado un retraso en la asistencia del paciente o una asistencia sanitaria incorrecta, apartada de los criterios de *lex artis*, con repercusión negativa para el paciente en cualquier caso.
- 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, siempre que se produzcan por primera vez.
- d) La resistencia 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.

Artículo 35.—*Infracciones muy graves.*

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.

Artículo 36.—*Sanciones.*

1. Las infracciones tipificadas en esta ley serán sancionadas con multas de acuerdo con la siguiente graduación:

- a) Infracciones leves, hasta 3.000 euros.
- b) Infracciones graves, desde 3.001 a 15.000 euros.
- c) Infracciones muy graves, desde 15.001 a 600.000 euros.

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 e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se preste asistencia sanitaria por un tiempo máximo de cinco años.

Artículo 37.—*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.

Artículo 38.—*Régimen sancionador.*

En lo no previsto en esta ley, se estará a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público.



Disposiciones adicionales

Primera.—Evaluación.

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.

Segunda.—Difusión y protocolo de información.

Se habilitarán los mecanismos oportunos para promover el conocimiento de los derechos y obligaciones previstos en esta ley por parte de los profesionales y la ciudadanía en general. Además, la Consejería con competencias en materia de sanidad elaborará un protocolo para proporcionar dicha información al conjunto de la comunidad usuaria.

Tercera.—Cuidados paliativos.

La administración 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 y Especializada.

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.

Disposiciones finales

Primera.—Desarrollo reglamentario.

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

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*.

Por tanto, ordeno a todos los ciudadanos a quienes sea de aplicación esta Ley, coadyuven a su cumplimiento, así como a todos los Tribunales y Autoridades que la guarden y la hagan guardar.

Oviedo, veintidós de junio de dos mil dieciocho.—El Presidente del Principado de Asturias, Javier Fernández Fernández.—Cód. 2018-06917.