

ANTEPROYECTO DE LEY DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE LA MUERTE

EXPOSICION DE MOTIVOS

I

El artículo 149.1.16. de la Constitución Española atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y el artículo 55.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía asigna a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros y servicios sanitarios, sin perjuicio de lo establecido en el citado precepto constitucional.

Asimismo, el artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía establece que la Comunidad Autónoma de Andalucía tiene competencia compartida en materia de sanidad interior y en particular sobre la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

En el ámbito normativo de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, dispone en los apartados 3 y 11 de su artículo 2 que las actuaciones sobre protección de la salud se inspirarán en los principios de concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones de promoción, educación sanitaria, prevención asistencia y rehabilitación, la mejora continua en la calidad de los servicios, con un enfoque especial a la atención personal.

II

Las cuestiones relacionadas con el proceso de la muerte han adquirido gran importancia en nuestra sociedad. Por un lado, los avances de la medicina y otras ciencias afines permiten la prolongación de la vida o el mantenimiento de funciones vitales hasta límites insospechados hace pocos años. Ello, sumado al envejecimiento de la población y al consiguiente incremento de personas con enfermedades crónicas hace que un número creciente de personas con enfermedades degenerativas o irreversibles, lleguen a una situación terminal, caracterizada por la incurabilidad de la enfermedad causal, un pronóstico vital breve y un intenso sufrimiento personal y familiar, con frecuencia en un contexto de atención sanitaria intensiva altamente tecnificada. Por otra parte, la emergencia del valor de la autonomía personal ha modificado profundamente los valores de la relación clínica, que debe adaptarse ahora a la individualidad de la persona enferma. En una sociedad democrática, el respeto a la libertad y autonomía de la voluntad de la persona han de mantenerse durante la enfermedad y alcanzar plenamente al proceso de la muerte.

El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, establece en su artículo 5 que una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento. De igual manera, la Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos, aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 19 de

octubre de 2005 determina en su artículo 5 que se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones.

Este aspecto adquiere una mayor trascendencia en una sociedad como la andaluza, multicultural y diversa, donde coexisten distintas creencias, valores y preferencias acerca de la muerte y de la forma de afrontarla, que merecen igual respeto y garantía de su libre ejercicio. Tanto la Ley 14/1986, de 24 de abril, General de Sanidad, como la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, han reconocido y regulado el derecho de la autonomía individual de los pacientes con respecto a su estado de salud, que por su trascendencia ha merecido recientemente una regulación más específica con 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. Sin embargo, 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, que han motivado un amplio debate social, reflejan la conveniencia de abordar de forma específica la regulación de los derechos que afrontan el proceso de su muerte, con el fin de preservar la dignidad de la persona en ese trance, respetar su autonomía y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos.

Así, el Estatuto de Autonomía de Andalucía reconoce en su artículo 20 el derecho a declarar la voluntad vital anticipada, que deberá respetarse en los términos que establezca la Ley. El mismo artículo establece en su párrafo segundo que todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte. El derecho de acceso a los cuidados paliativos es reiterado por el Estatuto en el artículo 22. La presente ley desarrolla los contenidos de estos artículos del Estatuto de tal forma que la ciudadanía andaluza los vea ampliamente respetados, de acuerdo con las recomendaciones aprobadas por la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitarias, en su sesión ordinaria del 25 de junio de 2008, acerca de los contenidos éticos de una eventual regulación normativa sobre la dignidad de las personas ante el proceso de la muerte.

Todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente. El ordenamiento jurídico trata de concretar y simultáneamente proteger esta aspiración. Pero la muerte también forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano, y no puede ser separada de aquella como algo distinto. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere una muerte digna.

El derecho a una vida humana digna no se puede trancar con una muerte indigna. El ordenamiento jurídico está por tanto llamado también a concretar y proteger este ideal de la muerte digna.

Los contenidos concretos de este ideal, y los derechos que generan, han sido motivo de debate en los últimos años, no sólo en nuestro país, en nuestra Comunidad Autónoma, sino en el mundo entero. Sin embargo hoy en día puede afirmarse que existe un consenso ético y jurídico bastante consolidado en torno a algunos de esos contenidos y derechos del ideal de la buena muerte, sobre los que inciden los artículos de la presente Ley.

Entre los contenidos claves del ideal de muerte digna que gozan de consenso, se encuentra el derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos integrales de alta calidad. La Recomendación 1418/1999 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre "Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos

terminales y moribundos” ya lo estableció así; y la Recomendación 24/2003 del Consejo de Europa sobre “La organización de los cuidados paliativos” recomienda que se adopten medidas legislativas para establecer un marco coherente sobre cuidados paliativos. Nuestro Estatuto de Autonomía, en sus artículos 20 y 22, no ha hecho sino elevar dicha idea a la categoría de derecho fundamental en nuestra Comunidad Autónoma. En cambio, no puede afirmarse que exista consenso ético y jurídico en determinadas situaciones como la de permitir al paciente que sufre solicitar ayuda para que otro termine con su vida. En este punto resulta obligado hacer referencia a un término tan relevante como el de “eutanasia”. Etimológicamente el término sólo significa “buena muerte”, y, en este sentido etimológico, vendría a resumir de excelente manera el ideal de la muerte digna. Sin embargo, esta palabra se ha ido cargando de numerosos significados y adherencias emocionales, que la han vuelto imprecisa, y necesitada de una nueva definición. Para deslindar sus diversos significados, se han introducido adjetivos como “activa”, “pasiva”, “directa”, “indirecta”, “voluntaria” o “involuntaria”. El resultado final ha sido que la confusión entre los ciudadanos, los profesionales sanitarios, los medios de comunicación y aún los expertos en bioética o en derecho no ha hecho sino aumentar. Como un intento de delimitar el significado de la palabra eutanasia, existe hoy en día una tendencia generalizada a considerar sólo como tal las actuaciones que : a) producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata, b) se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad, c) en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos, y; d) son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.

De acuerdo con estos criterios, las actuaciones que no encajen en los supuestos anteriores, no deberían ser etiquetadas como “eutanasia”. Es decir, la eutanasia siempre es por necesidad “activa”, “directa” y “voluntaria”, su intención siempre es producir la muerte a petición del paciente. El Código Penal vigente no utiliza este término, pero su artículo 143.4 incluye la situación expuesta. La eutanasia puede ser considerada, por tanto, hoy por hoy, un delito tipificado, por lo que la presente Ley no la contempla en su regulación.

Por el contrario, el rechazo de tratamiento, la limitación de medidas de soporte vital y la sedación paliativa no deben ser calificadas como acciones de eutanasia. Dichas actuaciones nunca buscan deliberadamente la muerte, sino aliviar o evitar el sufrimiento, respetar la autonomía del paciente y humanizar el proceso natural de la muerte. Aceptar el derecho de las personas enfermas a rechazar una determinada intervención sanitaria no es sino mostrar un exquisito respeto a la autonomía personal, a la libertad de cada uno para gestionar su propia biografía asumiendo las consecuencias de las decisiones que toma. El Dictamen nº 90/2007 del Consejo Consultivo de Andalucía, al analizar una solicitud de suspensión de tratamiento con ventilación mecánica, vino a respaldar esta decisión al considerar que “...se trata de una petición amparada por el derecho a rehusar el tratamiento y su derecho a vivir dignamente...” y que “...resulta exigible la conducta debida por parte de los profesionales sanitarios para que sea respetado el derecho de la misma a rehusar los medios de soporte vital que se le aplican...”. El uso inadecuado de medidas de soporte vital, esto es, su aplicación cuando no tienen otro efecto que mantener artificialmente una vida meramente biológica, sin posibilidades reales de recuperación de la integridad funcional de la vida personal, es contrario a la dignidad de la vida humana. Por eso, no iniciar o retirar dichas medidas es algo que sólo aspira a respetar dicha dignidad de forma plena. Facilitar, a aquellas personas en situación terminal que

libremente lo deseen, la posibilidad de entrar en la muerte sin sufrimiento, en paz, no puede ser sino otra expresión del respeto a la dignidad del ser humano. Ninguna de estas prácticas puede ser considerada contrarias a una ética basada en la idea de dignidad y en el respeto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, antes al contrario, deben ser consideradas buena práctica clínica y actuaciones profesionales plenamente conformes a la legalidad vigente.

En los últimos años diversos casos relacionados con el rechazo de tratamiento, la limitación de medidas de soporte vital o la sedación paliativa han sido motivo de debate en la sociedad andaluza y española. En ellos se han generado dudas acerca de si las actuaciones de los profesionales habían sido éticamente correctas y conformes a Derecho. Esta Ley quiere contribuir decisivamente a proporcionar seguridad jurídica, a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios, en las actuaciones contempladas en ella.

III

Otro de los contenidos claves del ideal de muerte digna que gozan de consenso es el derecho de las personas a redactar un documento escrito en el que hagan constar sus deseos y preferencias de tratamiento para el caso eventual en el que no pueda decidir por sí mismas, así como a designar mediante dicho documento a quien tomará decisiones en su lugar. Este derecho fue regulado en la Comunidad Autónoma de Andalucía por la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada. El artículo 20 del vigente Estatuto de Autonomía para Andalucía viene a reforzar jurídicamente este derecho de la ciudadanía andaluza y a convertir en sinónimas las expresiones “testamento vital” y “voluntad vital anticipada”.

Tras cinco años de andadura legislativa, en el que un número importante de ciudadanos y ciudadanas andaluzas han hecho uso de este derecho, la aprobación del Estatuto y la presente Ley ofrece un marco inmejorable para actualizar la regulación jurídica de este importante contenido del ideal de la muerte digna.

Tal y como se dice al final de su Exposición de Motivos, la Ley 5/2003, de 9 de octubre, venía “a llenar una laguna para mejorar la atención sanitaria a los ciudadanos en Andalucía, con el máximo respeto a sus libertades, y viene también a dotar de instrumentos seguros a los profesionales sanitarios que se enfrentan a situaciones clínicas extremas, objetivos que, sin duda ninguna, contribuirán al bienestar general, al respeto a las libertades personales y a construir una sociedad más justa y solidaria”.

Podemos afirmar que en este tiempo esta Ley tan importante ha cumplido sobradamente este objetivo.

La experiencia acumulada indica que este marco legislativo aún se puede mejorar más. Desde la perspectiva del principio de autonomía de la voluntad de la persona, existen dos cauces o instrumentos principales para hacer posible su dignidad en el proceso de la muerte. El primero, el derecho de la persona a la información clínica, al consentimiento informado y a la toma de decisiones. El segundo, consiste, en el derecho de la persona a realizar la declaración de voluntad vital anticipada y a que sea respetada mediante la declaración escrita y anticipada del interesado. Se trata de dos derechos que tienen un presupuesto común –el principio de autonomía de la voluntad–, si bien en el consentimiento informado dicha voluntad se manifiesta de presente, es decir, en el momento mismo en que surge la necesidad de la intervención sanitaria, mientras que en la declaración de voluntad vital anticipada, se anticipa el consentimiento para el caso de que surja esa necesidad.

Desde esta perspectiva, Una de las reformas conceptuales que se introducen es la de incorporar el ámbito de los “valores vitales de la persona” a la definición de declaración voluntad vital y a su contenido práctico, así como la posibilidad de dar al ciudadano mayor accesibilidad al documento de voluntad vital anticipada. Si en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, la verificación de la capacidad y requisitos formales de la declaración se realizaba por funcionarios dependientes de la Consejería de Salud responsables del registro la presente Ley prevé que sean funcionarios públicos adscritos al Registro los que realicen esta función, facilitando de este modo el otorgamiento de la voluntad vital anticipada cualquiera que sea el punto territorial de la Comunidad Autónoma de Andalucía y, con ello, la accesibilidad de los ciudadanos al Registro de voluntad vital anticipada.

Otro aspecto puesto de manifiesto es la necesidad de mejorar la accesibilidad al documento de voluntad vital anticipada por una parte de los profesionales sanitarios que participan en la atención sanitaria. Si la ley 5/2003, de 9 de octubre, hablaba de “los profesionales sanitarios responsables del proceso” como los obligados a consultar en el Registro la constancia del otorgamiento de la voluntad vital anticipada, se amplía ese deber al personal sanitario encargado de la atención sanitaria, reforzando de este modo la eficacia de la declaración que, además, habrá de incorporarse sistemáticamente a la Historia Clínica para facilitar su acceso por los profesionales.

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

Punto principal de las reformas introducidas en la regulación anterior es la delimitación de las funciones del representante designado por el autor de la declaración.

En el artículo 3 de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, se conectaba su función a la de sustitución en el otorgamiento del consentimiento informado.

Sin embargo, la práctica pone de manifiesto que los principales problemas de interpretación de la declaración de voluntad vital anticipada y del papel del representante surgen cuando las situaciones clínicas no han sido previstas –hay que recordar que este instrumento se puede utilizar tanto por personas que están sufriendo ya una enfermedad terminal como por otras que simplemente anticipan su voluntad para el caso de que puedan surgir situaciones futuras- al ser casi imposible prever todas y cada una de ellas. Además, son gran número los testamentos vitales en los que sus autores se limitan a expresar cuáles son sus valores y al nombramiento de un representante, sin especificar ninguna instrucción o situación clínica determinadas. Por todas estas razones se ha considerado muy conveniente concretar más su función, así como los criterios hermenéuticos que pueda tener en cuenta el representante. De este modo, bajo el presupuesto de que éste actuará siempre buscando el mayor beneficio de su representado y con respeto a su dignidad personal, se dispone que para las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en el documento, deberá tener en cuenta tanto los valores vitales recogidos en la declaración como la voluntad que presuntamente tendría el paciente si estuviera en ese momento en situación de capacidad.

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

Se regulan de esta manera los deberes de los profesionales sanitarios encargados de la atención a personas ante el proceso de muerte, en lo que se refiere a la información sobre su proceso, de la que deberá quedar constancia en la historia clínica y al respeto de las preferencias del paciente en la toma de decisiones, ya se expresen éstas a través del consentimiento informado o en forma de testamento vital, estableciéndose para este caso criterios mínimos para la valoración de la incapacidad de hecho del paciente.

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

Adquieren así las instituciones y centros sanitarios una especial relevancia en esta ley en cuanto que garantes del ejercicio de los derechos y tributarias de un conjunto de obligaciones respecto de la provisión de servicios. En este sentido, los centros e instituciones habrán de facilitar el acompañamiento familiar y garantizar el acompañamiento asistencial, incluyendo el tratamiento del dolor y tanto el asesoramiento como la atención de cuidados paliativos de alta calidad y equitativa, bien en los centros sanitarios, bien en el propio domicilio del paciente, si esta es su voluntad.

De igual forma, procuraran apoyo a la familia de la persona en situación terminal, incluyendo la atención al duelo y la provisión de una habitación individual en los casos de que la atención se produzca en régimen de internamiento.

En la disposición final primera se procede a modificar el artículo 6, el apartado 1, las letras h) y ñ) de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, relativo a los derechos de los pacientes acomodando dicha norma de forma más adecuada a 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 y al presente texto legal, señalando al paciente como titular del derecho a la información y eliminando el carácter obligadamente escrito que con carácter general determinaba la Ley 2/1998, de 15 de junio.

Por último, en la disposición final segunda, se modifican algunos aspectos concretos de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada, relativos a los artículos 6 y 9.2. Se amplía a funcionarios públicos adscritos al registro la capacidad de verificación de los requisitos determinantes de la validez del testamento vital, se amplía su acceso a los profesionales sanitarios implicados en el proceso, y se establece la obligatoriedad de la incorporación a la historia clínica.

TITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

La presente Ley tiene como objeto:

- a) Proteger la dignidad de la persona en el proceso de su muerte.
- b) Asegurar la autonomía del paciente y el respeto a su voluntad en el proceso de la muerte incluyendo la manifestada de forma anticipada mediante el testamento vital.
- c) Regular el ejercicio de los derechos de la persona durante el trance de su muerte, los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.

Artículo 2. Alcance y ámbito de aplicación.

1. La presente Ley se aplicará, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, a todas las personas que se encuentren en el proceso de muerte o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso, así como al personal implicado en su atención sanitaria.
2. Asimismo tendrá como ámbito de aplicación los centros, servicios y establecimientos sanitarios tanto públicos y como privados, así como las entidades aseguradoras, que presten sus servicios en Andalucía.

Artículo 3. Principios básicos.

Son principios básicos que inspiran esta Ley:

- a) El respeto a la plena dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
- b) La promoción de la libertad, autonomía y voluntad de la persona, de acuerdo con sus deseos, preferencias o valores, así como la preservación de su intimidad y confidencialidad.
- c) La garantía de que el rechazo de un tratamiento por voluntad de la persona, o la interrupción del mismo, no suponga menoscabo de una atención sanitaria integral y a la plena dignidad en el proceso de su muerte.
- d) El derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales y un adecuado tratamiento del dolor en el proceso de su muerte.
- e) La igualdad efectiva y la ausencia de discriminación en el acceso a los servicios sanitarios en el proceso de la muerte.

Artículo 4. Definiciones.

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

- a) Consentimiento informado: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la 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.

b) Cuidados paliativos: Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales.

c) Declaración de Voluntad Vital Anticipada: Tal y como se establece en el artículo 2 de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada, es la “manifestación escrita, hecha para ser incorporada al Registro de voluntades vitales anticipada, por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la atención sanitaria que reciba en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad”. Esta declaración incorporará, si así lo desea el interesado, una expresión formal de los valores vitales que inspiran sus opciones e instrucciones.

d) Intervención en el ámbito de la sanidad: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.

e) Limitación de medidas de soporte vital o limitación del esfuerzo terapéutico: Retirada, o no instauración, de una medida de soporte vital porque, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, el mal pronóstico del paciente en términos de cantidad y calidad de vida futuras, lo convierte en algo fútil y sólo contribuye a prolongar en el tiempo una situación biológica que carece de expectativas razonables de mejoría.

f) Medidas de soporte vital: Intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de un paciente, independientemente de que dicha intervención actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base o el proceso biológico que amenaza la vida del paciente.

g) Médico o médica responsable: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, 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 participan en las actuaciones asistenciales.

h) Obstinación Terapéutica: Situación en la que a una persona, que se encuentra en estado terminal, se le inician o mantienen medidas de soporte vital, carentes de utilidad clínica, que pueden mermar su calidad de vida y que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo en consecuencia susceptibles de limitación.

i) Personas en proceso de muerte: Personas afectas de una enfermedad grave, irreversible y de pronóstico mortal, o que se encuentran en situación terminal o de agonía.

j) Representante: Persona mayor de edad y capaz que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una

Declaración de voluntad vital anticipada o, de no existir ésta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

k) Síntoma refractario: Aquel que no responde al tratamiento adecuado y precisa, para ser controlado, reducir la conciencia del paciente.

l) Situación de agonía: Fase gradual que precede inmediatamente a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, y pronóstico vital de días.

m) Situación de incapacidad de hecho. Situación en la que las personas carecen de facto de entendimiento y voluntad suficientes para gobernar su vida por sí mismas de forma autónoma.

n) Situación terminal: Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado, y en la que concurren síntomas intensos y cambiantes, así como un gran impacto emocional en pacientes y familiares, lo que requiere una gran intensidad en las intervenciones específicas por parte de profesionales sanitarios.

ñ) Sedación en la situación de agonía: Sedación paliativa en el grado necesario para aliviar un sufrimiento intenso, físico o psicológico, en un paciente en situación de agonía, previo consentimiento informado explícito, en los términos establecidos en la Ley.

o) Sedación paliativa: Administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente en situación terminal, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la Ley.

p) Testamento Vital: es un sinónimo de declaración de Voluntad Vital Anticipada.

TITULO II

Derechos de las personas ante el proceso de la muerte

Artículo 5. *Derecho a la información clínica.*

1. Las personas que se encuentren en el proceso de muerte o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso tienen derecho a recibir información clínica verdadera, comprensible y adecuada a sus necesidades sobre su diagnóstico, pronóstico e intervenciones posibles en su caso, de tal manera que les ayuden a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. La información será verbal por regla general, y se dejará constancia en la historia clínica.

2. Cuando a pesar del explícito ofrecimiento de información clínica por los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente, éste rechace voluntaria y libremente el ser informado, se respetará dicha decisión. En tales casos se le preguntará a quién desea que se comuniquen la información. Todo este proceso se registrará en la historia clínica.

3. El titular del derecho a la información clínica es el paciente en proceso de muerte. Podrán ser informadas las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho en la medida en que el paciente lo permita, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 8.

Artículo 6. *Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.*

1. Las personas que se encuentren en el proceso de muerte o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso tienen derecho a tomar decisiones respecto a las intervenciones sanitarias que les afecten, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 8.

2. Toda intervención en este ámbito requiere el previo consentimiento libre y voluntario del paciente, una vez que haya recibido y valorado la información prevista en el artículo 5. El consentimiento será verbal por regla general, dejándose en todo caso constancia en la historia clínica. Será solicitado por escrito en los casos que se establezcan reglamentariamente.

Artículo 7. *Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.*

1. El resultado del proceso activo de información, decisión y consentimiento puede legítimamente consistir en el rechazo por el paciente de la intervención propuesta, aunque ello pueda poner en peligro su vida. Dicho rechazo deberá constar por escrito. Si no supiere o no pudiere firmar, firmará por él un testigo a su ruego, debiendo constar en la historia clínica la identificación del mismo y el motivo que impide la firma por el autor.

2. El proceso de decisión puede igualmente concluir en la retirada por el paciente del consentimiento informado previamente emitido, lo que implicará necesariamente la interrupción de la intervención ya instaurada, aunque ello pueda poner en peligro su vida. La revocación del consentimiento informado deberá constar por escrito. Si no supiere o no pudiere firmar, firmará por él un testigo a su ruego, debiendo constar en la historia clínica la identificación del mismo y el motivo que impide la firma por el autor.

Artículo 8. *Derecho a realizar la declaración de voluntad vital anticipada.*

1. Toda persona tiene derecho a formalizar su declaración de voluntad vital anticipada en las condiciones establecidas en la Ley 5/2003 de 9 de Octubre y en el resto de normativa que sea de aplicación.

2. Una vez efectuada la declaración de voluntad vital anticipada, ésta se incorporará, en los términos que reglamentariamente se determinen, a la Historia Clínica del paciente.

Artículo 9. *Sobre el representante designado en la declaración de voluntad anticipada.*

1. El representante designado actuará buscando siempre el mayor beneficio de su representado y con respeto a la dignidad personal de éste. En todo caso velará para que, en las situaciones clínicas contempladas en la declaración, se cumplan las instrucciones que su representado ha dejado establecidas.

2. Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en el documento, el representante tendrá en cuenta tanto los valores u

opciones vitales recogidos en la declaración, como la voluntad que presuntamente tendría el paciente si estuviera en ese momento en situación de capacidad.

3. El interesado podrá limitar o ampliar las funciones de este representante, quien deberá atenerse a las mismas.

Artículo 10. *Derechos de las personas en situaciones de incapacidad respecto a la información, la toma de decisiones y el consentimiento informado.*

1. En el ámbito de los artículos 5 y 6 anteriores, cuando el paciente esté en situación de incapacidad de hecho, a criterio de su médico o médica responsable, tanto la recepción de la información como la prestación del consentimiento se realizará, por este orden, por la persona designada específicamente a tal fin en la declaración de voluntad vital anticipada, el cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad, los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad o, en último caso, por quien decida la autoridad judicial.

2. Cuando el paciente esté incapacitado judicialmente se estará a lo dispuesto en la sentencia judicial de incapacitación. En todo caso el médico o la médica responsables deberán valorar la capacidad de hecho del paciente cuando no exista prohibición o limitación expresa en la sentencia judicial sobre la recepción de la información o la prestación del consentimiento informado.

3. La situación de incapacidad no obsta para que el paciente sea informado y participe en el proceso de toma de decisiones de modo adecuado a su grado de discernimiento.

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

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

1. Cuando el paciente sea menor de edad y no sea capaz intelectual ni emocionalmente de entender el alcance de la intervención sanitaria propuesta, la información y el otorgamiento del consentimiento corresponderá a sus representantes legales, una vez escuchada su opinión si tiene doce años cumplidos.

2. Los menores emancipados o con dieciséis años cumplidos pueden recibir la información clínica y prestar por sí mismos el consentimiento, si bien sus padres o representantes legales serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión final correspondiente. En caso de conflicto prevalecerá la opinión del menor.

3. En cualquier caso, el proceso de atención a los menores de edad respetará las necesidades especiales de éstos y se ajustará a lo establecido en el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre.

Artículo 12. *Derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales y a la elección del domicilio para recibirlos.*

1. Todas las personas en situación terminal o de agonía, tienen derecho a recibir cuidados paliativos integrales de alta calidad.

2. Siempre que ello no esté contraindicado, el paciente en situación terminal tiene derecho a que se le proporcionen en su domicilio, si así lo desea, los cuidados paliativos que precise, en las condiciones adecuadas a sus necesidades clínicas y a las características del mismo en que se vayan a prestar.

Artículo 13. *Derecho del paciente al tratamiento del dolor.*

1. El paciente tiene derecho a recibir la atención idónea que prevenga y alivie el dolor físico, incluida la sedación si el dolor es refractario al tratamiento específico.

2. El paciente tiene derecho a recibir las medidas adecuadas que puedan aliviar otros factores que influyen en el dolor y aumentan el sufrimiento.

Artículo 14. *Derecho del paciente a la administración de sedación paliativa.*

1. El paciente en situación terminal tiene derecho a recibir sedación paliativa cuando lo precise.

2. El paciente en situación de agonía, tiene derecho a recibir el grado de sedación adecuado a dicha situación.

3. En los supuestos previstos en los dos apartados anteriores, el paciente tiene derecho a recibir información adecuada, para prestar su consentimiento informado, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 8. En cualquier caso deberá quedar registrado en la historia clínica.

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

El paciente ante el proceso de muerte tiene derecho a que se preserve su intimidad personal y familiar y a la protección de todos los datos relacionados con su proceso de atención sanitaria.

TÍTULO III

Deberes de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes ante el proceso de muerte.

Artículo 16. *Deberes respecto a la información clínica.*

1. El médico o médica responsable del paciente es garante del respeto al derecho a la información establecido en el artículo 4 de la presente Ley.

2. Los otros profesionales sanitarios que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una intervención concreta también tienen obligación de facilitarle información clínica en función de su grado de responsabilidad y participación en el proceso de atención sanitaria.

3. Todos ellos tienen obligación de dejar constancia en la historia clínica de que dicha información fue proporcionada.

Artículo 17. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas.

Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente tienen la obligación de respetar los valores y preferencias del paciente en la toma de decisiones clínicas, debiendo abstenerse de imponer sus opiniones personales morales, religiosas, filosóficas o de cualquier otra naturaleza.

Artículo 18. Deberes respecto a la declaración de voluntad vital anticipada.

1. Todos los profesionales sanitarios están obligados a proporcionar, a las personas que se lo soliciten, información acerca del derecho a formular la declaración de voluntad vital anticipada.
2. Los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes durante el proceso de muerte tienen obligación de recabar de ellos información acerca de si han otorgado o no una declaración de voluntad vital anticipada y, en caso afirmativo, accederán al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, para conocer su contenido e incorporarlo a la historia clínica.
3. En caso de que el paciente se halle en situación de incapacidad de hecho el profesional procederá obligatoriamente a la consulta directa del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.
4. Los profesionales sanitarios tienen obligación de respetar los valores e instrucciones contenidas en la declaración de voluntad vital anticipada, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada y en sus respectivas normas de desarrollo.

Artículo 19. Deberes respecto al consentimiento informado de las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.

1. El médico o médica responsable es quien debe valorar si el paciente pudiera hallarse en una situación de incapacidad de hecho que le impidiera decidir por sí mismo. Tal valoración debe registrarse adecuadamente en la historia clínica del paciente. Para establecer la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los elementos siguientes:
 - a) Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.
 - b) Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones.
 - c) Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones.
 - d) Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.
 - e) Si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla.
2. Una vez establecida la situación de incapacidad de hecho, el médico o médica responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de la persona que deba actuar por el incapaz.

Artículo 20. Deberes respecto a la limitación de las medidas de soporte vital o del esfuerzo terapéutico.

1. El médico o médica responsable del paciente tiene obligación de limitar las medidas de soporte vital cuando lo estime necesario para evitar la obstinación terapéutica. Dicha justificación deberá ser consignada en la historia clínica del paciente.
2. La justificación de dicha limitación requiere la opinión coincidente de al menos otros dos profesionales sanitarios de los que participan en la atención sanitaria del paciente. Al menos uno de ellos deberá ser facultativo médico. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica.
3. En caso de que quien ejercite los derechos del paciente o los familiares no estén de acuerdo con la limitación de las medidas de soporte vital el médico responsable solicitará informe al Comité responsable de asesorar en los casos de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos, correspondiente a su centro sanitario o institución. Para ello remitirá al Comité toda la información y documentación que resulte necesaria. El informe elaborado por el Comité no tendrá carácter vinculante, pero obligará a revisar, junto con el paciente o la persona que ejercite sus derechos, la decisión tomada inicialmente. Por último será, el médico o médica responsable, quien adopte la decisión final al respecto que deberá ser respetada por todos los profesionales sanitarios implicados en la atención sanitaria del paciente. Todo este proceso será adecuadamente reflejado en la historia clínica.
4. El médico o médica responsable, así como los demás profesionales sanitarios que atiendan al paciente, están obligados a ofrecerle todas las intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y confort, aunque se proceda a la limitación de las medidas de soporte vital.

TÍTULO IV

Garantías que proporcionarán los centros e instituciones sanitarias

Artículo 21. Garantía de los derechos del paciente.

1. La Administración sanitaria, así como las demás instituciones recogidas en el artículo 2, deberán garantizar el cumplimiento de los derechos establecidos en el Título I de la presente Ley.
2. La institución sanitaria responsable de la atención directa al paciente deberá arbitrar los medios para que los derechos de éste no se vean mermados en ningún caso o eventualidad, incluida la negativa o ausencia del profesional así como cualquier otra causa sobrevenida.

Artículo 22. Acompañamiento familiar.

Los centros e instituciones sanitarias facilitarán en todo momento y garantizarán al ciudadano en proceso de muerte el acompañamiento familiar, coordinando éste con el conjunto de medidas asistenciales necesarias para ofrecer una atención de calidad al paciente, especialmente en aquella fase de desenlace final.

Artículo 23. Acompañamiento asistencial.

Los centros e instituciones sanitarias garantizarán a la persona en proceso de muerte, el adecuado acompañamiento profesional durante todo el proceso terminal, con el fin de facilitarle información, si así lo desea, sobre la toma de decisiones y la voluntad anticipada, proporcionarle cuidados adecuados a su situación, especialmente en lo que se refiere al tratamiento del dolor y los cuidados paliativos integrales.

Artículo 24. Apoyo a la familia.

1. Los centros e instituciones sanitarias garantizarán apoyo y asistencia a la familia de la persona en situación terminal para facilitar el proceso de atención y cuidados familiares, favorecer un clima de confianza que promueva la expresión de sus emociones y los cuidados del paciente en un ambiente de intimidad y prevenir la claudicación familiar.

2. Los centros e instituciones sanitarias garantizarán una atención integral en el duelo a la familia y personas cuidadoras y promoverán medidas para la prevención de situaciones calificadas como duelo patológico.

Artículo 25. Asesoramiento especializado en cuidados paliativos y voluntad vital anticipada.

1. Se garantizará al paciente información sobre su estado de salud, y sobre los objetivos de los cuidados paliativos que recibirá durante su proceso, de acuerdo a sus necesidades y preferencias.

2. Se garantizará al ciudadano, en el nivel asistencial donde lo demande, la información clínica relevante para que, si así lo desea, pueda expresar sus opciones e instrucciones a través de su voluntad vital anticipada.

Artículo 26. Estancia en habitación individual para personas en situación terminal.

1. Los centros e instituciones sanitarias garantizará al paciente en situación terminal que deba ser atendido en régimen de hospitalización, una habitación individual durante su estancia, que garantice el nivel de confort e intimidad que requiere su estado de salud.

2. Las personas en situación terminal que requieran internamiento hospitalario podrán estar acompañadas permanentemente por un familiar o allegado. Las habitaciones dispondrán de mobiliario adecuado que permita el descanso nocturno de la persona acompañante.

Artículo 27. Comités de ética.

1. Todos los centros sanitarios o instituciones dispondrán de acceso a un Comité de carácter consultivo, con funciones de asesoramiento en los casos de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos.

2. Los Comités podrán proponer alternativas o soluciones éticas a los conflictos que puedan surgir en el proceso de la muerte entre profesionales, ciudadanos e instituciones. En ningún caso sustituirán la responsabilidad que tengan los profesionales sanitarios, las instituciones o los propios ciudadanos.

3. Los integrantes de los Comités con funciones de asesoramiento en los casos de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre los profesionales sanitarios, los pacientes o sus familiares y allegados hayan podido conocer en su condición de miembros del Comité.

4. La composición, mecanismos de funcionamiento y procedimientos de acreditación de los Comités se establecerán reglamentariamente.

5. Dichos Comités estarán coordinados por el órgano colegiado consultivo en esta materia de la Consejería competente en materia de Salud.

TÍTULO V

Infracciones y sanciones

Artículo 28. Disposiciones generales.

1. Las infracciones contempladas en la presente Ley y las especificaciones que la desarrollen en el ejercicio de la potestad reglamentaria, serán objeto de sanción administrativa, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

2. Las infracciones cometidas por el personal estatutario del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de las previstas en esta Ley, serán sancionadas por las normas establecidas al efecto para el régimen disciplinario del personal estatutario, previstas en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que, en todo caso, prevalecerá sobre el régimen sancionador previsto en la presente Ley.

3. En ningún caso se impondrá una doble sanción administrativa por los mismos hechos y en función de los mismos intereses protegidos, si bien deberán exigirse las demás responsabilidades que se deduzcan de otros hechos o infracciones concurrentes.

4. Son sujetos responsables de las infracciones cometidas, en la materia regulada por esta Ley, las personas físicas o jurídicas que, por acción u omisión, hubiesen participado en aquéllas mediando dolo, culpa o mera inobservancia.

5. Las infracciones contempladas en la presente Ley lo son sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley 2/1998, de 15 de junio, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y Ley 41/2002, 14 de noviembre, con las especificaciones contenidas en las disposiciones reglamentarias que las desarrollan.

Artículo 29. Infracciones.

Las infracciones se calificarán como muy graves, graves o leves, atendiendo a los siguientes criterios:

a) Lesividad del hecho.

b) Cuantía del eventual beneficio obtenido.

- c) Gravedad de la alteración sanitaria y social producida.
- d) Reincidencia en la comisión de una infracción de la misma naturaleza en el término de un año, si así se hubiere declarado por resolución firme.
- e) Grado de intencionalidad.

Artículo 30. Infracciones leves.

Se tipifican como infracciones leves las siguientes:

- a) 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.
- b) Cualquier otra actuación que tenga la calificación de infracción leve en la normativa específica aplicable.

Artículo 31 Infracciones graves.

1. Se tipifican como infracciones graves las siguientes:

- a) El incumplimiento de las normas respecto a la cumplimentación de los datos clínicos o relativos a la voluntad vital anticipada.
- b) El impedimento del acompañamiento familiar, salvo que existan circunstancias clínicas que así justifiquen.
- c) El encubrimiento, consentimiento o cooperación con cualquier acto a la comisión de faltas muy graves.
- d) La inducción directa, a otra u otras personas, a la comisión de una falta grave.
- e) La cooperación con un acto sin el cual una falta grave no se habría cometido.
- f) Cualquier otra actuación que tenga la calificación de falta grave en la normativa específica aplicable.

2. Las infracciones tipificadas como leves, podrán calificarse de graves cuando concurran las circunstancias previstas en el artículo 30 de esta Ley.

Artículo 32. Infracciones muy graves.

1. Se tipifican como infracciones muy graves las siguientes:

- a) El obstáculo o impedimento a los ciudadanos del disfrute de cualquiera de los derechos expresados en el Título II de la presente Ley, respecto de los servicios sanitarios, públicos o privados.
- b) La actuación que suponga discriminación de las personas en proceso de muerte, por razones ideológicas, morales, de raza, género, religión o circunstancias económicas, personales, sociales o de cualquier otra naturaleza, o por la condición en virtud de la cual éstas accedan a los servicios de las instituciones o centros sanitarios.

c) La actuación que suponga merma de la libre voluntad del paciente y su autonomía en la toma de decisiones con respecto a la aceptación, rechazo o interrupción de las intervenciones sanitarias, incluyendo el incumplimiento del deber de información al paciente o el de respetar la negativa a la información, salvo en los casos permitidos por la legislación vigente.

d) La aplicación de medidas injustificadas e inútiles de prolongación de la vida que constituyan obstinación terapéutica.

e) El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos a la intimidad personal de los pacientes y a la información relacionada con su proceso y su estancia en las instituciones o centros sanitarios.

f) La desatención grave respecto del deber de garantizar el cuidado y confort del paciente, incluidas las circunstancias de rechazo del tratamiento o de limitación del esfuerzo terapéutico.

g) El incumplimiento deliberado y flagrante de las opciones contenidas en el testamento vital, salvo en los casos contemplados en la Ley.

h) El obstáculo a la prestación de auxilio espiritual, excepto que circunstancias clínicas lo impidan.

2. Las infracciones tipificadas como graves, podrán calificarse de muy graves cuando concurran las circunstancias previstas en el artículo 30 de esta Ley.

Artículo 33. Sanciones.

1. Las infracciones señaladas en esta Ley serán sancionadas, atendiendo a la naturaleza del sujeto infractor, con multas, si las cometieran personas físicas o jurídicas ajenas al Sistema Sanitario Público de Andalucía, o con las sanciones previstas en el artículo 73 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, si el autor de aquéllas fuera personal estatutario del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

2. Las multas a imponer, por las infracciones señaladas en esta Ley, lo serán aplicando una graduación de mínimo, medio y máximo a cada nivel de infracción, en función de la negligencia o intencionalidad del infractor, fraude o connivencia, incumplimiento de las advertencias previas, número de personas afectadas, perjuicio causado, beneficio obtenido con la infracción, la permanencia o transitoriedad de los riesgos, y la concurrencia con otras infracciones sanitarias, o el haber servido para facilitar o encubrir su comisión. Estas circunstancias se tendrán en cuenta siempre que no formen parte del tipo de infracción.

a) Infracciones leves:

1ª Grado mínimo: hasta 2.000 euros.

2ª Grado medio: desde 2.001 hasta 4.000 euros.

3ª Grado máximo: desde 4.001 hasta 6.000 euros.

b) Infracciones graves:

1ª Grado mínimo: desde 6.001 hasta 24.000 euros.

2ª Grado medio: desde 24.001 hasta 42.000 euros.

3ª Grado máximo: desde 42.001 hasta 60.000 euros.

c) Infracciones muy graves:

1ª Grado mínimo: desde 60.001 hasta 375.000 euros.

2ª Grado medio: desde 375.001 hasta 700.000 euros.

3ª Grado máximo: desde 700.001 hasta 1.000.000 euros.

3. Las cuantías señaladas anteriormente serán actualizadas periódicamente mediante Decreto del Consejo de Gobierno teniendo en cuenta los índices de precios para el consumo.

4. Sin perjuicio de la sanción económica que pudiera corresponder, en los supuestos de infracciones muy graves se podrá acordar por el Consejo de Gobierno la revocación de la autorización concedida para la actividad de que se trate.

Artículo 34. Competencia.

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

Disposición final primera. *Modificación del artículo 6, apartado 1, letras h) y ñ) de la Ley 2/1998 de 15 de Junio, de Salud de Andalucía.*

Se modifica el artículo 6, apartado 1, letra h), de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, que tendrá la siguiente redacción:

“h) A que se le de información adecuada y comprensible sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, el pronóstico así como los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento”.

“ñ) A que se respete su libre decisión sobre la atención sanitaria que se le dispense, previo consentimiento informado, excepto en los siguientes casos:

1. Cuando existe un riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1996, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

2. Cuando exista peligro inminente de lesión grave e irreversible, o de fallecimiento, que exija una actuación urgente, salvo que la declaración de voluntad vital anticipada

disponga otra cosa y no sea posible demorarse en la obtención del consentimiento o, en caso de incapacidad de hecho del paciente, no sea posible conocer si ha otorgado declaración de voluntad vital.“

Disposición final segunda. *Modificación de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntades vitales anticipadas.*

Se modifican el artículo 6 y el apartado 2 del artículo 9 de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntades vitales anticipadas, que tendrán la siguiente redacción:

“Artículo 6. Verificación de la capacidad y requisitos formales de la declaración. Por funcionarios públicos habilitados al efecto por la Consejería competente en materia de Salud, se procederá a la constatación de la personalidad y capacidad del autor, así como a la verificación de los requisitos formales determinantes de la validez de la declaración, previstos en los artículos 4 y 5 de la presente Ley.”

“Artículo 9. Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. ... 2. Cuando se preste atención sanitaria a una persona, que se encuentre en una situación que le impida tomar decisiones por sí misma, en los términos previstos en la presente Ley, los profesionales sanitarios implicados en el proceso consultarán si existe en el registro constancia del otorgamiento de voluntad vital anticipada y, en caso positivo, recabarán la misma y la incorporarán a la Historia Clínica, actuando conforme a lo previsto en ella.”

Disposición final tercera. *Plazo de adaptación.*

Se establece un plazo de 24 meses para que los centros sanitarios en régimen de internado puedan adaptar sus instalaciones a las previsiones contenidas en el artículo

Disposición final cuarta. *Desarrollo reglamentario.*

Se autoriza al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía para dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.