



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

XIV LEGISLATURA

Serie B:
PROPOSICIONES DE LEY

21 de octubre de 2022

Núm. 282-1

Pág. 1

PROPOSICIÓN DE LEY

122/000258 Proposición de Ley Orgánica de cuidados paliativos en el proceso final de la vida.

Presentada por el Grupo Parlamentario VOX.

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(122) Proposición de ley de Grupos Parlamentarios del Congreso.

Autor: Grupo Parlamentario VOX.

Proposición de Ley Orgánica de cuidados paliativos en el proceso final de la vida.

Acuerdo:

Admitir a trámite, trasladar al Gobierno a los efectos del artículo 126 del Reglamento, publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales y notificar al autor de la iniciativa.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 18 de octubre de 2022.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Carlos Gutiérrez Vicén**.

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Parlamentario VOX (GP VOX), al amparo de lo establecido en los artículos 124 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presenta la siguiente Proposición de Ley Orgánica de cuidados paliativos en el proceso final de la vida.

Palacio del Congreso de los Diputados, 4 de octubre de 2022.—**José María Figaredo Álvarez-Sala**, Portavoz del Grupo Parlamentario VOX.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 282-1

21 de octubre de 2022

Pág. 2

PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PROCESO FINAL DE LA VIDA

I

Existen ciertos derechos que emanan de la esencia de las cosas, de su naturaleza, con independencia de que la regulación jurídico-positiva los reconozca y garantice o no. El principal de estos es el derecho a la vida, primero y más sagrado de los derechos, insertado en lo más profundo de la naturaleza humana (inclinada a traer vida al mundo y a cuidarla) y *prius* ontológico sin el cual carecerían de sentido todos los demás que cualquier ordenamiento jurídico pudiera regular.

En España, el marco para la regulación de este derecho se contiene, principalmente, en el artículo 15 de la Constitución de 1978 (la «CE»), a cuyo tenor «todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral». Este precepto supone, como en otros derechos fundamentales, el establecimiento de una doble exigencia a los poderes públicos: por un lado, las Administraciones deben abstenerse de lesionarlo; por otro, se encuentran vinculadas por la obligación positiva de garantizar su eficacia a través de un adecuado sistema legal de protección.

El ordenamiento jurídico se ha visto perturbado en los últimos tiempos por la aprobación de una Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia que, amparada en razones tan deletéreas como tratarse de una supuesta «demanda sostenida de la sociedad actual» o en consideraciones de tipo emotivista —como que debe ponerse fin a las situaciones «que conmueven a la opinión pública»—, ha truncado el paradigma de protección del derecho fundamental a la vida (que debe informar todo el ordenamiento jurídico en tanto que *conditio sine qua non* para el ejercicio de cualesquiera demás derechos) con el fin de justificar una supuesta «muerte digna».

A este respecto, ha de traerse a colación el Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, emitido unánimemente por los miembros de este Comité al amparo de lo dispuesto en el artículo 78.1.a) y b) de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica («Emitir informes, propuestas y recomendaciones sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud que el Comité considere relevantes»):

«[...] existen sólidas razones para rechazar la transformación de la eutanasia y/o auxilio al suicidio en un derecho subjetivo y en una prestación pública. Y ello no solo por razones del contexto social y sanitario, sino, más allá, por razones de fundamentación ética de la vida, dignidad y autonomía.

El deseo de una persona de que un tercero o el propio Estado acabe con su vida, directa o indirectamente, en aquellos casos de gran sufrimiento físico y/o psíquico debe ser siempre mirado con compasión, y atendido con una actuación compasiva eficaz que conduzca a evitar los dolores y procurar una muerte en paz.

Sin embargo, tal compasión no consideramos que legitime ética y legalmente una solicitud que, ni encuentra respaldo en una verdadera autonomía, atendido el contexto actual de los cuidados paliativos y sociosanitarios, ni, además, queda limitada en sus efectos al propio espacio privado del individuo.

Legalizar la eutanasia y/o auxilio al suicidio supone iniciar un camino de desvalor de la protección de la vida humana cuyas fronteras son harto difíciles de prever, como la experiencia de nuestro entorno nos muestra.»

II

La normalización de la eutanasia y su consideración como «derecho subjetivo» (*quod non*), impiden la necesaria reflexión que debe hacerse sobre el papel actual de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud y sobre la consideración de estos como la única alternativa terapéutica frente al sufrimiento existencial extremo y refractario, más respetuosos con la dignidad y la sacralidad de la vida humana que la eutanasia.

Al tiempo que se evita esa reflexión, distintos factores, entre los que se encuentra el envejecimiento paulatino de la población española (tampoco abordado por los poderes públicos en su verdadera causa: la falta de nacimientos), están provocando una cada vez mayor necesidad de atención paliativa, definida a grandes rasgos como los cuidados dirigidos a prevenir o aliviar el sufrimiento en pacientes afligidos por los problemas derivados de enfermedades con una esperanza de vida limitada. Esta insuficiencia no es

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

satisfecha por unos poderes públicos que, como se ha anticipado *supra*, han optado, hasta la aprobación de esta ley orgánica, por la generalización de la cultura de la muerte y por contribuir a instalar en la opinión pública la falacia del carácter disponible de la vida humana.

En ese sentido, esta ley orgánica propone impulsar un auténtico cambio de paradigma, tratando de materializar en todas las esferas posibles la obligación de los poderes públicos de procurar el respeto a la dignidad de la persona y de garantizar la indisponibilidad del bien jurídico que es la vida, facilitando que el paciente afronte con paz y tranquilidad el proceso final de su vida. Así, surge la necesidad de legislar para asegurar que, durante este proceso, la persona perciba el mínimo sufrimiento físico, psíquico y espiritual posible, para lo cual ha de contar con el acompañamiento profesional y con el apoyo material y espiritual que precise. Es necesario, parafraseando al informe citado, conseguir la «efectiva universalización de los cuidados paliativos y la mejora de las medidas y recursos de apoyo sociosanitario, con especial referencia al apoyo a la enfermedad mental y la discapacidad, [que] debieran constituir, ética y socialmente, el camino a emprender de manera inmediata, y no la de proclamar un derecho a acabar con la propia vida a través de una prestación pública».

A tales propósitos se acoge sin reservas la presente ley orgánica, como desarrollo del derecho fundamental a la vida del artículo 15.

III

Es comúnmente aceptado que el derecho a la salud abarca los cuatro elementos siguientes:

a) Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud. En el ámbito de la atención paliativa, esto implica disponer de las unidades necesarias de cuidados paliativos en los centros hospitalarios de titularidad pública y su adecuada dotación personal y material, así como el fomento de su existencia en centros privados.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos los españoles y residentes legalmente en España. De ahí que la presente ley orgánica materialice la posibilidad de recibir los cuidados paliativos tanto en el domicilio, cuando sea posible, como en el centro sanitario correspondiente.

c) Respeto a la ética médica. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos con la ética médica y con el Código de Deontología Médica, que establece la obligación de los médicos de «respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud» (artículo 5.1). La presente ley orgánica se apoya en la buena praxis médica para garantizar el equilibrio que ha de existir entre la voluntad del paciente para elegir o rechazar un tratamiento y el criterio médico, sin imponer a ninguna de las partes un principio regulador sobre las medidas que deben adoptarse frente a una situación, más allá de asegurar la confortabilidad del paciente y la reducción, en lo posible, de su dolor. Lo anterior implica: (i) que el paciente puede decidir libremente el tipo de tratamiento al que desee someterse; (ii) que toda acción médica y sanitaria deba contar con el consentimiento de este o de su representante; y (iii) que el paciente no pueda imponer al médico una decisión contraria al criterio de este último y, particularmente, la de morir. Por último, para asegurar estos derechos se configuran las instrucciones previas como testamento vital, Planificación de Decisiones Anticipadas o vía de expresión de la voluntad, y se fija la limitación del esfuerzo terapéutico como principio ético de actuación.

d) Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados y excelentes desde el punto de vista científico y médico. Para dar cumplimiento a este estándar de calidad se prevé la principal novedad de este texto: crear las condiciones para la incorporación de una especialidad médica de cuidados paliativos, que dé naturaleza oficial a lo que ya es una realidad, cual es la existencia de médicos paliativistas.

De esta manera, se asegura que las unidades de cuidados paliativos estén dotadas de profesionales suficientemente formados en la atención paliativa. Dentro de la calidad de este servicio, se incluye también el derecho del paciente al acompañamiento familiar y espiritual.

IV

La presente ley orgánica, que defiende la vida como exigencia del derecho natural y del bien común, encuentra no obstante su marco positivo, como se anticipó, en la propia Constitución. Así, el mencionado artículo 15 CE defiende y protege el derecho a la vida y a la integridad física y moral, y en el artículo 10.1 se proclama que «la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás, son fundamento del orden político y de la paz social», entendiéndose este precepto como un mandato de proteger la dignidad de la persona y asegurar su derecho a vivir con dignidad, también durante el proceso final de su vida.

Junto a estos derechos, la Constitución también reconoce el derecho a la intimidad personal y familiar que se consagra en el artículo 18.1, aplicable también durante el proceso final de la vida del paciente. Con respecto al derecho a la protección de la salud, este se reconoce en el artículo 43 CE, que encomienda a los poderes públicos «organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios», añadiendo que «la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto».

El citado derecho a la protección de la salud debe entenderse, en sentido amplio, como la garantía de recibir cuidados sanitarios frente a la enfermedad, ya sea con tratamientos curativos o paliativos. De ahí que el presente texto pretenda completar la vigente 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 («Ley 41/2002»).

Partiendo de los principios de respeto a la dignidad personal, a la libre autonomía de la voluntad y a la intimidad, aquel texto normativo estableció la regla general de que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios del sistema sanitario y el derecho de estos a decidir libremente, después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles, así como a negarse a recibir el tratamiento indicado por el personal sanitario, excepto en los casos determinados en la ley. Con esta ley orgánica, y con el foco en proteger la vida hasta su extinción natural, se pretende garantizar que el paciente fundamente su decisión en la información facilitada por médicos suficientemente formados, con una cualificación oficial y con medios bastantes para asegurar que la decisión se adopte con la mayor libertad posible.

Pero esa autonomía de la voluntad no puede implicar tampoco la obligación de imponer al médico actuaciones contrarias a su criterio o procedimientos con los que no esté de acuerdo. Es necesario, en los términos de lo previsto en la Ley 41/2002, reforzar ese equilibrio entre la voluntad del paciente y el criterio médico para mantener la confianza necesaria en la relación entre ambas partes, minado por una normalización de la eutanasia que «socava la confianza que debe presidir la relación médico-paciente, de la cual forma una parte esencial el convencimiento de que el médico no abandonará nunca a su enfermo ni nunca le infligirá ningún daño deliberado. Poner en manos del médico la decisión de decidir sobre la vida de ciertas personas, muchas de ellas indefensas, significa la quiebra de aquella confianza fundamental».

V

La presente ley orgánica está estructurada en un título preliminar, cinco títulos, seis disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y cinco disposiciones finales.

En el Título Preliminar se establece el objeto de la presente ley orgánica, circunscrito al final de la vida cuando este sea próximo e irreversible, eventualmente doloroso y potencialmente lesivo de la dignidad de quien lo padece para, en la medida de lo posible, aliviarlo desde el respeto a la autonomía, la integridad física y la intimidad personal, y atendiendo asimismo al criterio médico, procurando en todo momento el bienestar del paciente y la protección de la vida hasta su extinción natural.

El Título I supone una novedad necesaria y un reconocimiento a las demandas de los profesionales de la salud y de los pacientes al incluir los cuidados paliativos no solo en los planes de estudio de los grados relacionados con las Ciencias de la Salud, sino como especialidad médica en los mismos términos expuestos en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Esta medida, junto con la creación de unidades de cuidados paliativos suficientemente dotadas en todo el sistema sanitario público, pretende universalizar y garantizar el derecho de todos a recibir los cuidados necesarios y adecuados, y que estos puedan ser facilitados tanto en la atención primaria como en la hospitalaria.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 282-1

21 de octubre de 2022

Pág. 5

El Título II recoge, como novedad principal, el derecho a recibir unos cuidados paliativos integrales y de calidad por parte de profesionales suficientemente formados.

El derecho a una información asistencial clara y comprensible es necesario para poder ejercer con libertad el derecho a la toma de decisiones, por lo que ambos se recogen en el texto junto con el refrendo de las instrucciones previas como medio para expresar la voluntad del paciente.

En la declaración de derechos se incluyen también los de acompañamiento e intimidad personal y familiar, que se explicitan en el texto mediante el reconocimiento del derecho del paciente a estar acompañado por su entorno familiar y personal en una habitación individual durante su ingreso hospitalario, así como a recibir la asistencia espiritual que solicite en el marco de lo dispuesto en el artículo 16 CE. Para garantizar estos derechos también se reconoce el derecho a recibir los cuidados paliativos en el domicilio, siempre que sea posible.

Los preceptos contenidos en los Títulos III y IV son un refrendo de lo regulado en otras normas y no pretenden más que determinar el marco de actuación de los profesionales sanitarios y las obligaciones de las administraciones concernidas, al objeto de dar satisfacción a los derechos recogidos en el Título II, manteniendo el equilibrio entre la voluntad del paciente y el criterio médico basado en la *lex artis*. A tal efecto, se prevén las garantías necesarias para que la voluntad del paciente se configure de modo informado.

El Título V ordena a los poderes públicos a elaborar una Estrategia de Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud que institucionalice con rango de ley un documento de actuación de las Administraciones sanitarias que ya venía realizándose, de tal manera que sirva también como instrumento de evaluación y constancia del desempeño del Sistema Nacional de Salud en materia de cuidados paliativos.

Las disposiciones adicionales instan al Gobierno a dar cumplimiento a lo previsto en el Título I, a fin de establecer los contenidos y el título de la especialidad médica de Medicina Paliativa y de adaptar y actualizar la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, y ordenan las actuaciones necesarias de colaboración entre las Administraciones Públicas para la efectiva aplicación de esta ley orgánica; adicionalmente, prevén el decaimiento *ipso iure* de todas las solicitudes de prestación de ayuda para morir y procedimientos para la realización de la prestación de ayuda para morir, cualquiera que sea el estado en que se encuentren. Por su parte, la disposición derogatoria única elimina del ordenamiento jurídico la referida Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, incompatible con la presente ley orgánica de acuerdo con los motivos expuestos.

Por último, las disposiciones finales adecuan distintos textos normativos a lo dispuesto en la presente ley orgánica, con las finalidades de reconocer los permisos laborales otorgados a los familiares de los pacientes que reciban cuidados paliativos y de reformar la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, acortando los plazos administrativos para resolver las solicitudes de ayuda a la dependencia de los pacientes en cuestión e incluyendo, además, los cuidados paliativos en el catálogo de servicios de dichas ayudas.

Al amparo de lo expuesto, el Grupo Parlamentario VOX presenta la siguiente:

Proposición de Ley Orgánica

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

La presente ley orgánica tiene por objeto garantizar el derecho de las personas a acceder a unos cuidados paliativos avanzados y de calidad cuando sean necesarios, y a que los mismos les sean proporcionados por personal sanitario debidamente cualificado.

En su virtud, se establecen los deberes de dicho personal, así como las garantías que las instituciones sanitarias, públicas y privadas, estarán obligadas a proporcionar para asegurar la dignidad de la persona durante el proceso final de su vida.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

La presente ley orgánica será de aplicación a los pacientes que se encuentren en el proceso final de su vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso o a sus representantes legales, así como a familiares, al personal sanitario que atiende a los pacientes y a los centros sanitarios, públicos y privados, y entidades aseguradoras o mutualidades que presten sus servicios en el territorio nacional, todo ello sin perjuicio de lo establecido por las Administraciones territoriales correspondientes en el marco de sus competencias.

Artículo 3. Definiciones.

a) Persona en el proceso final de su vida: paciente con una enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas y que se encuentra en una situación extrema de sufrimiento físico y existencial. Se acompaña habitualmente de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, en sus familiares y en el propio equipo asistencial.

b) Cuidados paliativos: son aquellos que proporcionan 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 que afectan a quienes se encuentran en una situación extrema de sufrimiento físico y existencial. Tienen un enfoque interdisciplinar e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en su domicilio o en el hospital.

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

d) Obstinación terapéutica: consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente con tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica clínica y una infracción deontológica.

e) Especialista en cuidados paliativos: médico especialista en Ciencias de la Salud en cuidados paliativos y enfermero y psicólogo con capacitación específica en este ámbito.

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

g) Sedación en fase de agonía: sedación aplicada cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida.

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

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

TÍTULO I

De la medicina paliativa y de las unidades de cuidados paliativos

Artículo 4. Formación académica de los profesionales del ámbito de la salud.

La formación de profesionales de la salud incluirá lo siguiente:

a) La incorporación de los cuidados paliativos en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud.

b) La inclusión de los cuidados paliativos en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

En la formación de los profesionales de la salud se adecuarán los contenidos y la formación al tipo y grado de vulnerabilidad a las capacidades y al grado de dependencia de los pacientes.

Artículo 5. Incorporación de la medicina paliativa como especialidad médica de las Ciencias de la Salud.

1. El Gobierno establecerá, en el plazo de seis meses a contar desde la entrada en vigor de esta ley orgánica, el título de médico especialista en cuidados paliativos, en los términos de lo dispuesto en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y de acuerdo con lo que establece la disposición adicional primera.

2. Podrán acceder al título de médico especialista en cuidados paliativos, de manera inmediata, los correspondientes titulados que reúnan los requisitos establecidos reglamentariamente, siempre que, al menos, hayan ejercido como médicos las actividades propias de la especialidad en cuidados paliativos durante un período mínimo de cuatro años y acrediten la adquisición de una formación avanzada nivel máster en el campo de la respectiva especialidad según lo previsto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

Artículo 6. Creación y dotación de unidades de cuidados paliativos.

El Gobierno y las Administraciones territoriales competentes promoverán las medidas necesarias para disponer en el Sistema Nacional de Salud del número y dotación necesarios de unidades de cuidados paliativos, con profesionales sanitarios debidamente formados y acreditados y equipos de soporte adecuados para la prestación en el domicilio o en centros sanitarios, públicos y privados, de conformidad con los estándares publicados en la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

TÍTULO II

De los derechos de las personas en el proceso final de su vida

Artículo 7. Derecho a los cuidados paliativos integrales.

Durante el proceso final de su vida, toda persona tiene derecho a una atención integral y de calidad que prevenga y alivie su dolor, sus manifestaciones y otros síntomas que le causen un sufrimiento extremo y refractario al tratamiento estándar. Para ello, los centros hospitalarios y sociosanitarios, públicos o privados, que se determinen al efecto deberán disponer de unidades de cuidados paliativos y contar con personal debidamente cualificado y con todos los medios necesarios para prestarlos.

La derivación a los diversos recursos de cuidados paliativos se basará en los criterios establecidos en la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, de tal manera que se asegure una precocidad, equidad y continuidad asistencial en todos los niveles de atención, incluyéndose al efecto los cuidados paliativos en las prestaciones correspondientes de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 8. Derecho a otorgar instrucciones previas.

1. Toda persona mayor de edad tiene derecho a manifestar anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir en el proceso final de su vida, para el caso de que se encuentre en el ámbito de aplicación de esta ley orgánica. En el caso de que se tratase de una persona con discapacidad, podrá efectuar dicha manifestación de voluntad con las medidas de apoyo que tuviera previstas para el ejercicio de su capacidad jurídica.

2. Esta manifestación de voluntad se realizará y podrá revocarse conforme a lo establecido en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Artículo 9. Derecho a la información asistencial.

1. Toda persona que se encuentre ante el proceso final de su vida o que afronte decisiones relacionadas con dicho proceso tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria correspondiente a su situación de manera clara y comprensible, en los términos de lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2. Cuando, a pesar del explícito ofrecimiento de información asistencial por los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes, estos rechacen voluntaria y libremente ser informados, aquellos respetarán dicha decisión y solicitarán a tales pacientes que designen una persona que acepte recibir la referida información y actúe en lo sucesivo como interlocutor entre los profesionales implicados y el propio paciente.

3. En el supuesto de imposibilidad del paciente para comprender la información a causa del estado físico o psíquico de sufrimiento extremo en que se encuentra, esta se ofrecerá, por este orden: a la persona designada a tal efecto en el documento de instrucciones previas; al representante legal del paciente; al cónyuge o pareja de hecho que conviva con el paciente; a la persona con análoga relación de afectividad, aun sin convivencia; o al familiar más cercano hasta el cuarto grado de consanguinidad. En defecto de los anteriores, el Ministerio Fiscal asumirá la representación del paciente y recabará de la Autoridad judicial la decisión que proceda adoptar.

4. En el supuesto de incapacidad declarada judicialmente o de que el paciente tenga establecidas medidas de apoyo según la normativa vigente, la información se facilitará a este junto con su representante legal o persona que ejerza la función de figura de apoyo.

Artículo 10. Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.

1. Toda persona que se encuentre en el proceso final de su vida o que afronte situaciones relacionadas con dicho proceso tiene derecho a tomar decisiones respecto de las intervenciones sanitarias que le afecten, ya sea mediante declaración de voluntades anticipadas o a través de otro tipo de instrucciones previstas en el ordenamiento jurídico.

2. El consentimiento o rechazo de cualquier tratamiento se realizará conforme a lo previsto 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.

Artículo 11. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de menores de edad.

1. Los menores de edad tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y sobre las propuestas terapéuticas de forma adaptada a su edad y a su capacidad de comprensión, de manera adicional a la que reciban sus padres o representantes legales.

2. Asistirán a los menores y a sus padres, tutores o guardadores todos los derechos reconocidos en la legislación vigente.

Artículo 12. Derecho al acompañamiento del entorno del paciente.

1. Los pacientes que permanezcan ingresados en un centro o institución sanitarios durante el proceso final de su vida tienen derecho a que se les permita el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social sin limitación, a salvo de lo que exija la organización y funcionamiento del referido centro o institución.

2. Asimismo, toda persona que se encuentre en el proceso final de su vida tendrá derecho a recibir, conforme a sus convicciones y sus creencias, la asistencia espiritual o religiosa que solicite, de acuerdo con lo previsto en el artículo 16 de la Constitución y en la Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa. Las indicaciones sobre este extremo podrán ser objeto de expresión en las instrucciones previas.

3. Los derechos previstos en el apartado 1 de este artículo se respetarán siempre que no estén contraindicados o sean contraproducentes por criterios clínicos. En todo caso, tales circunstancias serán explicadas a los afectados de manera clara y comprensible.

4. Para asegurar el derecho al acompañamiento, los familiares de un paciente que se encuentre en proceso final de su vida podrán disfrutar de permisos laborales retribuidos para facilitar el cuidado del paciente.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Artículo 13. Derecho a la intimidad personal y familiar en habitación individual.

Los pacientes que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a la preservación de su intimidad personal y familiar, por lo que las Administraciones, centros e instituciones sanitarias, públicas y privadas, impulsarán que dichos pacientes dispongan de una habitación de uso individual durante su estancia.

Artículo 14. Derecho a recibir cuidados paliativos en el domicilio.

Toda persona que se encuentre en el proceso final de su vida tiene derecho a que los cuidados paliativos integrales le sean proporcionados bien en el centro sanitario que corresponda, o bien en su domicilio o en cualquier otro lugar que designe, en la medida en que sea posible.

TÍTULO III

De los deberes de los profesionales sanitarios que atienden a personas en el proceso final de su vida

Artículo 15. Deberes con respecto a la adecuación del esfuerzo terapéutico.

El médico responsable, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en el proceso final de su vida, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto sobre la base del estado de la ciencia, de la evidencia científica disponible, de su saber profesional, de su experiencia y del estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afectada, de acuerdo con lo dispuesto en las normas reguladoras de la profesión.

Artículo 16. Deberes con respecto a la información clínica.

1. Los profesionales sanitarios que atiendan a los pacientes en el proceso final de su vida en materia asistencial o que apliquen a tales pacientes una intervención concreta tienen el deber de facilitarles información clínica en función de su grado de responsabilidad y participación en el proceso de atención sanitaria. El médico responsable de cada paciente deberá garantizar el cumplimiento de este deber e impulsar el del resto de deberes médicos derivados del derecho a la información establecido en el artículo 10 de esta ley orgánica.

2. Los profesionales dejarán constancia en la historia clínica de que dicha información fue proporcionada a los pacientes o a sus representantes legales y de las decisiones tomadas por estos.

TÍTULO IV

De las obligaciones de las Administraciones, centros e instituciones sanitarias, públicos y privados

Artículo 17. Garantía de los derechos de los pacientes.

1. Las Administraciones sanitarias, así como las instituciones y centros sanitarios públicos y privados, deberán garantizar, en el ámbito de sus respectivas competencias, el ejercicio de los derechos establecidos en el Título II de la presente ley orgánica, en relación con los correlativos deberes señalados en el Título III de la misma.

2. Las instituciones sanitarias responsables de la atención directa a los pacientes deberán disponer de los medios para que los derechos de estos no se vean mermados por la ausencia de personal necesario o por cualquier otra causa.

Artículo 18. Apoyo a las familias y cuidadores de los pacientes en el proceso final de su vida.

1. Los centros e instituciones sanitarios, públicos y privados, prestarán apoyo y asistencia a las familias y a los cuidadores de los pacientes que se encuentren en el proceso final de su vida, sea cual sea el lugar en el que se preste la atención paliativa de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 14.

2. Asimismo, los centros e instituciones sanitarias, públicos y privados, prestarán una atención en el duelo a la familia y a los cuidadores del paciente finalmente fallecido. A tal efecto, adoptarán todas las medidas necesarias para hacer más fácil a los afectados la aceptación de la muerte de un ser querido y en orden a la prevención y mitigación de las situaciones calificadas como de duelo patológico.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 282-1

21 de octubre de 2022

Pág. 10

TÍTULO V

De la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud

Artículo 19. Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

1. El Ministerio con competencias en materia de Sanidad elaborará y propondrá para su aprobación al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con carácter cuatrienal, una Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, como instrumento principal de impulso, desarrollo y coordinación de los mandatos establecidos en esta ley.

2. El desarrollo y ejecución de la Estrategia se evaluará anualmente.

3. Las Administraciones territoriales competentes remitirán al Ministerio con competencias en materia de Sanidad la información sobre el seguimiento y ejecución de la Estrategia, que será incluida en un informe anual que deberá presentarse al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y ser de acceso público.

4. El informe anual incluirá, como mínimo, la información relativa al número y particulares de las solicitudes de cuidados paliativos recibidas por las Administraciones, centros e instituciones sanitarios, públicos y privados, así como al número y particulares de las prestaciones realmente efectuadas por estos, y sus particulares. Asimismo, el informe podrá incluir recomendaciones sobre las medidas consideradas convenientes para asegurar la óptima ejecución de la Estrategia.

Disposición adicional primera. Habilitación reglamentaria de la especialidad médica en cuidados paliativos y capacitación específica en Enfermería y Psicología en cuidados paliativos.

1. En el plazo de seis meses a contar desde la entrada en vigor de esta ley orgánica, y con el fin de lograr el pleno reconocimiento de lo previsto en el artículo 5 de esta, el Gobierno, a propuesta del Ministerio con competencias en materia de Sanidad, aprobará un real decreto por el que se adapte el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica, y la revisión de los establecidos, y el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica; y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación en especialidades en Ciencias de la Salud, a las previsiones de la presente ley orgánica.

2. Asimismo, el Ejecutivo deberá incorporar, en la nueva regulación de la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, una previsión para la obtención de la capacitación específica en Enfermería y Psicología en cuidados paliativos.

Disposición adicional segunda. Actualización de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobará, en el plazo más breve posible, que no podrá ser superior a seis meses desde la entrada en vigor de esta ley orgánica, la adaptación y actualización de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud a las disposiciones de esta.

Disposición adicional tercera. Título competencial.

1. La presente ley orgánica tiene la consideración de legislación básica y se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución.

2. Se exceptúa de lo establecido en el apartado anterior el artículo 5 y la disposición adicional primera, que se aprueban en uso de las competencias exclusivas que al Estado asigna el artículo 149.1.30.^a de la Constitución para la regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos profesionales.

3. El Estado y las Administraciones territoriales correspondientes adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para garantizar su aplicación y efectividad.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Disposición adicional cuarta. Cooperación y coordinación en la aplicación de la ley orgánica.

La Administración General del Estado promoverá la adopción de los instrumentos y mecanismos de cooperación y coordinación con las Administraciones territoriales correspondientes que garanticen el desarrollo y cumplimiento de lo previsto en esta ley orgánica.

Disposición adicional quinta. Difusión de la ley orgánica.

El Ministerio con competencias en materia de Sanidad adoptará las medidas oportunas para dar la máxima difusión a la presente ley orgánica entre los profesionales sanitarios y la población en general.

Disposición adicional sexta. Procedimientos en tramitación al amparo de la Ley Orgánica 3/1021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Se entenderán decaídas todas las solicitudes de prestación de ayuda para morir y procedimientos para la realización de la prestación de ayuda para morir regulados en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, cualquiera que sea el estado de tramitación en que se encuentren.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

1. Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango contravengan las contenidas en la presente ley orgánica.

2. En particular, se deroga la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Disposición final primera. Modificación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Uno. Se añade un nuevo apartado (iii) a la letra c) del punto 1 del artículo 15, con la siguiente redacción:

«(iii) Cuidados paliativos, siempre que sea posible recibirlos en el domicilio.»

Dos. Se añade un nuevo apartado (iii) a la letra e) del punto 1 del artículo 15, con la siguiente redacción:

«(iii) Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los cuidados paliativos recibidos.»

Tres. Se modifica el apartado 2 de la disposición final primera, que queda redactado de la siguiente manera:

«2. En el marco de lo establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el plazo máximo, entre la fecha de entrada de la solicitud y la de resolución de reconocimiento de la prestación de dependencia será de seis meses, independientemente de que la administración competente haya establecido un procedimiento diferenciado para el reconocimiento de la situación de dependencia y el de prestaciones.

El plazo establecido en el párrafo anterior no se tendrá en cuenta para las solicitudes de reconocimiento de la prestación de dependencia de los pacientes de cuidados paliativos, que habrán de resolverse en el plazo establecido en el artículo 21.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 282-1

21 de octubre de 2022

Pág. 12

Disposición final segunda. Modificación del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Uno. Se modifica la letra b) del apartado 3 del artículo 37, que queda redactada de la siguiente manera:

«b) Dos días por el fallecimiento, accidente o enfermedad graves, tratamiento del dolor mediante cuidados paliativos, hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización que precise reposo domiciliario, de parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad. Cuando con tal motivo el trabajador necesite hacer un desplazamiento al efecto, el plazo será de cuatro días.»

Dos. Se modifica el apartado 5 del artículo 37, que queda redactado de la siguiente manera:

«5. Los trabajadores tendrán derecho a ausentarse del trabajo durante una hora en el caso de nacimiento prematuro de hijo o hija, o que, por cualquier causa, deban permanecer hospitalizados a continuación del parto. Asimismo, tendrán derecho a reducir su jornada de trabajo hasta un máximo de dos horas, con la disminución proporcional del salario. Para el disfrute de este permiso se estará a lo previsto en el apartado 7.

Tendrá el mismo derecho quien precise encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por estar recibiendo cuidados paliativos en el proceso final de su vida no pueda valerse por sí mismo.»

Tres. Se modifica el apartado 6 del artículo 37, que queda redactado de la siguiente manera:

«6. Quien por razones de guarda legal tenga a su cuidado directo algún menor de doce años o una persona con discapacidad que no desempeñe una actividad retribuida tendrá derecho a una reducción de la jornada de trabajo diaria, con la disminución proporcional del salario entre, al menos, un octavo y un máximo de la mitad de la duración de aquella.

Tendrá el mismo derecho quien precise encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente, enfermedad o recepción de cuidados paliativos en el proceso final de su vida no pueda valerse por sí mismo.

[...].»

Disposición final tercera. Modificación del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

Se modificación la letra a) del artículo 48, que queda redactada de la siguiente manera:

«a) Por fallecimiento, accidente o enfermedad grave o tratamiento del dolor mediante cuidados paliativos de un familiar dentro del primer grado de consanguinidad o afinidad, tres días hábiles cuando el suceso se produzca en la misma localidad, y cinco días hábiles cuando sea en distinta localidad.

Cuando se trate del fallecimiento, accidente o enfermedad grave o tratamiento del dolor mediante cuidados paliativos de un familiar dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, el permiso será de dos días hábiles cuando se produzca en la misma localidad y de cuatro días hábiles cuando sea en distinta localidad.»

Disposición final cuarta. Habilitación normativa.

El Gobierno deberá dictar, en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de esta ley orgánica, cuantas disposiciones reglamentarias sean precisas para su desarrollo y ejecución.

Disposición final quinta. Entrada en vigor.

La presente ley orgánica entrará en vigor en el plazo de un mes a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», a excepción de la disposición adicional sexta y la disposición derogatoria única, que entrarán en vigor al día siguiente de la publicación.