

## Sección I. Disposiciones generales

### PRESIDENCIA DE LAS ILLES BALEARS

**5569**

*Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir*

#### EL PRESIDENTE DE LAS ILLES BALEARS

Sea notorio a todos los ciudadanos que el Parlamento de las Illes Balears ha aprobado y yo, en nombre del Rey y de acuerdo con lo que se establece en el artículo 48.2 del Estatuto de Autonomía, tengo a bien promulgar la siguiente:

#### LEY EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

#### I

Esta ley se fundamenta en una antropología que integra la pluralidad de visiones que coexisten en nuestra sociedad, y pretende responder a las necesidades de las personas (pacientes, familiares, profesionales) e instituciones sanitarias en la etapa de final de vida.

Se parte del reconocimiento de la profunda significación existencial del proceso de morir y de las peculiaridades de atención, cuidado y respeto del proceso de toma de decisiones que los profesionales sanitarios y las instituciones deben facilitar. Todo ello para procurar los cuidados más adecuados en esta etapa de la vida, garantizando los derechos de las personas y la calidad de su atención. Se considera la enfermedad terminal como el final de la integridad existencial de la persona, que demanda la máxima calidad de la atención y cuidados. Los cuidados y el respeto a los valores y derechos de la persona se fundamentan en el reconocimiento de la dignidad intrínseca del que está en proceso de morir, cuyas fragilidad y dependencia lo hacen especialmente vulnerable y digno de atención, dedicación y respeto.

Nuestras sociedades tecnológicamente avanzadas justifican esta ley: el progresivo envejecimiento de la población, la cronificación de muchas enfermedades y la posibilidad del mantenimiento de tratamientos, en ocasiones fútiles y perjudiciales para las personas en esta etapa de la vida, junto con otros cambios culturales y sociales.

En nuestra sociedad se ha modificado el escenario tradicional del proceso de enfermar y morir; hoy morimos más tarde, en general, después de un proceso centrado en la atención a la enfermedad, que transcurre en un entorno sanitario tecnológicamente bien dotado y muy enfocado a curar. Estos cambios demandan una reflexión sobre las necesidades de atención en este proceso.

La última fase del proceso, muchas veces intuida por el propio paciente, se caracteriza por la fragilidad y la dependencia funcional (no necesariamente asociada a pérdida de capacidad), en la que la persona debe ser protagonista de su proceso, centro y sujeto activo de atención y no mero objeto pasivo de cuidados.

El fundamento de la ley es el reconocimiento de la dignidad como un valor intrínseco de la persona y base del respeto que todos merecemos, que no depende del grado de conciencia ni de la autonomía.

Legislar en este ámbito supone la defensa de la autonomía del paciente y la consiguiente necesidad de reconocer su participación, según su capacidad, en la toma de decisiones.

Es importante distinguir los conceptos de dignidad y autonomía. La dignidad es un valor intrínseco y absoluto de toda persona y no es gradual, mientras que sí puede serlo la autonomía, que depende del grado de vulnerabilidad, fragilidad y dependencia específico de un ser humano que es biológico, histórico y social.

En sociedades multiculturales el respeto a la autonomía personal implica que la dignidad, igual para cada persona, se concrete en concepciones diferentes de calidad de vida, en valores y creencias personales que configuran su historia original y única de vida.

La persona en proceso de morir debe ocupar el centro de la atención y los cuidados y debe participar en la toma de decisiones, sin que la cumplimentación formal del consentimiento escrito previsto en la Ley 41/2002 provoque situación de violencia moral sobre la persona en proceso de morir. Por todo ello hay que garantizar confidencialidad y proporcionar un entorno de intimidad personal y familiar, es decir, espacios que favorezcan una despedida de la vida siempre digna y apropiada a sus deseos y, por lo tanto, de calidad.

La relación asistencial precisa de la confianza del paciente y su familia en los profesionales y las organizaciones sanitarias; esta confianza se basa en su competencia profesional y en la actitud empática de los profesionales, para atender con calidad el final de la única vida de una



persona. Esta ley busca facilitar la humanización del proceder médico-asistencial y la defensa de la bioética y el modelo deliberativo en el proceso de toma de decisiones.

Las medidas terapéuticas deben ser personalizadas y proporcionadas, y las decisiones sobre estas se tomarán desde el respeto a los valores y a la autonomía de la persona. Los cuidados de los profesionales deben permitir una adaptación al itinerario por el cual transcurre la persona enferma, acompañándola en la deliberación desde su experiencia clínica.

La persona enferma, como protagonista de su propio proceso, debe poder participar en la toma de decisiones, y para ello tiene derecho a ser consciente de su situación vital y de su pronóstico. La comunicación honesta desde la confianza que se establece en la relación terapéutica de ayuda es la base para poder tomar decisiones adecuadas. Para velar para que se sienta acompañada y bien representada cuando su grado de fragilidad le impida ejercer su autonomía y al no haber podido anticipar la decisión, hay que incorporar al cuidador principal y/o representante legal en la toma de decisiones.

Nuestra civilización ha desarrollado modelos muy eficientes de atender y acompañar a las personas en este viaje que cierra su biografía. Gracias a la bioética y a los cuidados paliativos, podemos hoy dar una atención experta humanizada y adaptada a las necesidades de las personas en este proceso.

Esta ley no pretende contribuir a la negación total del sufrimiento ni favorecer la expectativa de absoluto control. El sufrimiento, frecuentemente, puede paliarse y disolverse cuando se realizan intervenciones adecuadas, si bien en ocasiones forma parte inevitable del proceso y se dan situaciones en las que, después de agotar todas las posibilidades, se requieren medidas terapéuticas adecuadas que permitan su alivio. La sedación en la agonía, aplicada en el momento adecuado con el consenso del paciente, la familia y el equipo con intención de aliviar un sufrimiento producido por un síntoma refractario, puede ser una medida terapéutica de excelencia.

Los profesionales sanitarios que cuidan al paciente y lo acompañan, a menudo participan en la toma de decisiones que pueden plantear dilemas éticos que merecen ser debatidos en el contexto adecuado de los comités de ética asistencial.

## II

El título I de la Constitución Española, dedicado a los derechos y a los deberes fundamentales, establece en el artículo 10 -entre otros- que la dignidad de la persona es fundamento del orden público y de la paz social; el artículo 15 reconoce el derecho de todos a la vida y a la integridad física y moral; y el 18.1, el derecho a la intimidad personal y familiar. También entre los principios rectores de la política social que se regulan en el capítulo III, el artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud.

El artículo 149.1.16ª de la Constitución Española atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

El artículo 30.48 del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears atribuye a la comunidad autónoma competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento y control de los centros y servicios de salud, planificación de los recursos sanitarios, coordinación de la sanidad privada con el sistema sanitario público, promoción de la salud en todos los ámbitos, en el marco de las bases y la coordinación general de la sanidad.

Asimismo, el artículo 31.4 del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears reconoce que la comunidad autónoma tiene competencia compartida en materia de salud y sanidad.

El artículo 12 del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears, referido a los principios rectores de la actividad pública, reconoce, en su apartado 3, el derecho a la salud, que se garantiza en el artículo 25 del mismo Estatuto, en las distintas manifestaciones.

El contenido de uno y otro artículo y el reconocimiento de este y otros derechos se introducen en el Estatuto de Autonomía mediante la reforma de 2007. El apartado 1 del artículo 25 garantiza el derecho a la prevención y la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal. El apartado 2 prescribe que todas las personas en relación a los servicios sanitarios tienen derecho a ser informadas sobre los servicios a que pueden acceder y los requisitos necesarios para usarlos y sobre los tratamientos médicos y sus riesgos, antes de que les sean aplicados; a dar el consentimiento para cualquier intervención; a acceder a la historia clínica propia y a la confidencialidad de los datos relativos a la salud propia, en los términos que establecen las leyes. El apartado 3, que todas las personas en relación a los servicios sanitarios tienen derecho al conocimiento y a la exigencia de cumplimiento de un plazo máximo para que les sea aplicado un tratamiento; a ser informadas de todos los derechos que las asisten y a no sufrir ningún tratamiento o práctica degradante. Y el apartado 4 de este mismo artículo 25 reconoce expresamente el derecho de todas las personas a un tratamiento del dolor adecuado y a cuidados paliativos, como también a declarar su voluntad vital anticipada, que deberá respetarse en los términos que establezca la ley.

El artículo 13 del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears establece que los poderes públicos de las Illes Balears están vinculados por los derechos y las libertades que se reconocen en el mismo, como también por los que reconocen la Constitución, el ordenamiento jurídico de la Unión Europea y otros instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, individuales y colectivos.





Corresponde al Parlamento aprobar las correspondientes leyes de desarrollo, que deben respetar, en todo caso, el contenido establecido por el Estatuto de Autonomía.

En el ámbito normativo de la comunidad autónoma de las Illes Balears, la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, reconoce el derecho a la autonomía del paciente en el artículo 12 y, antes, dedicaba la sección 7ª del capítulo III del título I -relativo a los derechos y a los deberes de los ciudadanos en el ámbito sanitario- al derecho a manifestar las voluntades anticipadamente, que regulaba en el artículo 18, de manera genérica, las voluntades anticipadas. Actualmente, esta regulación ha sido sustituida por la regulación específica contenida en la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas.

### III

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 la autonomía de la voluntad de la persona deben mantenerse durante la enfermedad y lograrse plenamente en el proceso de morir.

La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea reconoce el derecho de toda persona a la integridad física y psíquica y la obligación de respetar el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate.

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 humanos y la biomedicina), suscrito en Oviedo el día 4 de abril de 1997, establece en el 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 informado consentimiento. Del mismo modo, la Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos, aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 19 de octubre de 2005, determina en el artículo 5 que se deberá respetar la autonomía de la persona en cuanto a la facultad de adoptar decisiones.

El Tribunal Constitucional, en diferentes sentencias (SSTC 120/1990, 119/2001 y 154/2002 y STC de 28 de marzo de 2011), además de reconocer el derecho de las personas a rechazar un tratamiento, aunque con ello puedan poner su vida en peligro, ha afirmado que forma parte del artículo 15 de la Constitución «una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en el uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y los tratamientos que pueden afectar a su integridad, escogiendo entre las diferentes posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas».

El ejercicio de este derecho tiene especial trascendencia en la sociedad de las Illes Balears, multicultural y diversa, en la que coexisten diferentes creencias, valores y preferencias sobre la muerte y la forma de afrontarla, que merecen igual respeto y garantía de su libre ejercicio, siempre que no se infrinja lo que establece el ordenamiento jurídico. Tanto la Ley 14/1986, de 24 de abril, general de sanidad, como la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, han reconocido y regulado el derecho de la autonomía individual de los pacientes respecto a su estado de salud, que por su trascendencia ha merecido una regulación más específica con la Ley estatal 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 la Ley autonómica 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas.

La Ley 41/2002, desde el principio de respeto a la dignidad personal, a la libre autonomía de la voluntad y a la intimidad, estableció como norma general que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el consentimiento previo de los pacientes o usuarios del sistema sanitario, el derecho de estos a decidir libremente después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas, así como a negarse al tratamiento, excepto en los casos que determina la ley.

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 manera específica, no sólo todo aquello que afecta a las voluntades anticipadas, sino también la regulación de los derechos que afrontan el proceso de morir, para preservar la dignidad de la persona en esta situación, respetar su autonomía y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos.

Mediante esta ley, en el marco de lo que dispone el Estatuto de Autonomía de las Illes Balears, se procede al desarrollo legislativo del contenido del artículo 25 del Estatuto de Autonomía, referido a la dignidad de las personas ante el proceso de morir.

La dimensión concreta de este ideal y los derechos que genera 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 se puede afirmar que hay un consenso ético y jurídico suficientemente consolidado en torno a algunos de los contenidos y derechos del proceso de morir, sobre los que inciden los artículos de esta ley.

Entre los contenidos claves del proceso de morir 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», así lo establece. 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. Estas recomendaciones fueron tomadas en consideración en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, en la Estrategia de Cuidados Paliativos de las Illes Balears 2009-2014, así como en la proposición no de ley de la Comisión de Sanidad del Congreso. Nuestro Estatuto de Autonomía, en el artículo 25, no ha hecho sino elevar esta idea a la categoría de derecho en nuestra comunidad autónoma.

La importancia de los cuidados paliativos viene determinada por la necesidad de aligerar el sufrimiento de las personas que se encuentran en una situación en la que su enfermedad ya no admite un tratamiento curativo, momento en que todos los esfuerzos deben concentrarse en tratar todos los síntomas, físicos y/o psicológicos, que se puedan presentar y que representen una pérdida de calidad de vida.

En las Illes Balears está vigente la Estrategia de Cuidados Paliativos de las Illes Balears 2009-2014, que es una adaptación a la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Esta estrategia define su misión, marca objetivos, determina valores, hace una propuesta de modelo de servicio, concreta 26 líneas de actuaciones estratégicas y define sus indicadores de evaluación. Fue elaborada con un amplio consenso y con la participación de profesionales sanitarios, asociaciones de enfermos, asociaciones de voluntariado y la Consejería de Salud.

Esta ley quiere contribuir decisivamente a proporcionar seguridad jurídica a la ciudadanía y a los profesionales sanitarios y a las actuaciones que en ella se contemplan.

#### IV

Otro de los contenidos claves del proceso de morir que goza de consenso es el derecho de las personas a redactar un documento escrito en el que hagan constar sus deseos y preferencias de tratamiento para el caso eventual en el que no puedan decidir por sí mismas, así como a designar mediante el mencionado documento a quien tomará decisiones en su lugar.

Este derecho fue regulado en la comunidad autónoma de las Illes Balears por la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas. El artículo 25.4 del vigente Estatuto de Autonomía de las Illes Balears refuerza jurídicamente este derecho de la ciudadanía de las Illes Balears al convertir en sinónimas las expresiones «testamento vital» y «declaración de voluntad vital anticipada».

Tras estos años de andadura legislativa, en los que un número importante de ciudadanos y ciudadanas de las Illes Balears han hecho uso de este derecho, la aprobación del Estatuto de Autonomía y esta ley ofrecen un marco inmejorable para actualizar la regulación jurídica de este importante contenido de atención a las personas en el proceso de morir.

La experiencia acumulada indica que este marco legislativo todavía se puede mejorar más. Desde la perspectiva del principio de autonomía de la voluntad de la persona, hay dos cauces o instrumentos principales para hacer posible su dignidad en el proceso de morir. 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 que esta sea respetada. Se trata de dos derechos que tienen un presupuesto común, si bien en el consentimiento informado dicha voluntad se manifiesta 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 esta necesidad.

Desde esta perspectiva, una de las reformas conceptuales que se introducen en el título II, artículo 9.5 del presente texto, es la de incorporar el ámbito de los «valores vitales de la persona» al contenido de la declaración de voluntad vital anticipada, así como la posibilidad de dar a la ciudadanía mayor accesibilidad a la declaración de voluntad vital anticipada. Esta ley prevé que la verificación de la capacidad y los requisitos formales de la declaración sea realizada por personal funcionario público habilitado por la consejería competente en materia de salud, facilitando de este modo el otorgamiento de la declaración de voluntad vital anticipada en cualquier lugar del territorio de la comunidad autónoma de las Illes Balears y, así, la accesibilidad de la ciudadanía al Registro de Voluntades Anticipadas.

Otro aspecto puesto de manifiesto es la necesidad de mejorar la accesibilidad a la declaración de voluntad vital anticipada por una parte de los profesionales sanitarios que participan en la atención sanitaria; así, se establece que el personal sanitario encargado de la atención sanitaria estará obligado a consultar en el Registro la constancia del otorgamiento de la declaración de voluntad vital anticipada, reforzando de este modo la eficacia de la declaración que, además, tendrá que incorporarse sistemáticamente a la historia clínica para facilitar su acceso a los profesionales.

Por otro lado, 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 sobre la declaración, de recabar información sobre si se ha otorgado, de consultar, si procede, el Registro de Voluntades Anticipadas para conocer su contenido, y el deber de respetar los valores y las instrucciones contenidos en el documento.

Otro punto principal de las reformas introducidas en la regulación anterior es la delimitación de las funciones de la persona representante designada por la persona autora de la declaración.

En el artículo 5 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, se conecta su función a la de ser los interlocutores válidos a la hora de llevar a cabo la



voluntad contenida en el documento. Sin embargo, la práctica ha puesto de manifiesto que los principales problemas de interpretación de la declaración de voluntad vital anticipada y del papel de la persona 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 preverlas todas y cada una. Además, son numerosos los testamentos vitales en los que las personas autoras se limitan a expresar cuáles son sus valores y el nombramiento de una persona representante, sin especificar ninguna instrucción o situación clínica determinada. Por todas estas razones, se ha considerado muy conveniente concretar más su función, así como los criterios hermenéuticos que pueda tener en cuenta la persona representante. De este modo, bajo el presupuesto de que esta actuará siempre buscando el mayor beneficio de la persona que representa y con respeto a su dignidad personal, se dispone que para las situaciones clínicas no previstas explícitamente en el documento deberá tener en cuenta tanto los valores vitales recogidos en la declaración, como la voluntad que presuntamente tendrían los pacientes si estuvieran en este momento en situación de capacidad.

## V

Con objeto de garantizar una adecuada atención en el proceso de morir, esta ley no sólo establece y desarrolla los derechos que asisten a las personas en esta situación, sino que también determina los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes en el proceso de morir y atribuye un conjunto de obligaciones para instituciones sanitarias, públicas o privadas, con la finalidad de garantizar los derechos de los pacientes.

Se regulan de este modo los deberes de los profesionales sanitarios encargados de la atención a personas ante el proceso de morir, en cuanto a la información sobre su proceso, de la que deberá quedar constancia en la historia clínica, y al respeto de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones, ya se expresen estas a través del consentimiento informado o en forma de testamento vital, estableciendo para este caso criterios mínimos para la valoración de la incapacidad de hecho de los pacientes.

Especial atención han merecido los deberes de los profesionales respecto a la adecuación de las medidas terapéuticas, para evitar la llamada 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 las instituciones y los centros sanitarios una especial relevancia en esta ley en cuanto que garantiza el ejercicio de los derechos y tributarios de un conjunto de obligaciones respecto de la provisión de servicios. En este sentido, los centros y las instituciones tendrán que facilitar el acompañamiento familiar y garantizar la adecuada atención asistencial, tanto el asesoramiento como la atención de los cuidados paliativos de calidad y equitativos, bien en los centros sanitarios, bien en el propio domicilio de los pacientes.

Del mismo modo, procurarán 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 en los que la atención se produzca en régimen de internamiento. También se establece la promoción del voluntariado en el acompañamiento de los pacientes y de los familiares.

Finalmente, se facilitará el acceso de todos los centros y las instituciones sanitarias a un Comité de Ética Asistencial, con funciones de asesoramiento en los casos de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos.

En la disposición final primera se procede a modificar el artículo 12, apartado 2, de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, relativo a la forma del consentimiento, en consonancia con el artículo 7.3 de esta ley; y los apartados 5 y 6 del mismo artículo 12, relativos a los derechos de las personas en situación de incapacidad y de las personas menores de edad, también en consonancia con las previsiones de los artículos 10 y 11 de esta ley.

Finalmente, en la disposición final segunda se modifican algunos aspectos concretos de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas, como por ejemplo el artículo 1, para añadir la posibilidad de que los menores emancipados y los que tienen dieciséis años cumplidos puedan hacer también una declaración de voluntades anticipadas; el apartado 2 del artículo 3, para posibilitar que la declaración de voluntades anticipadas pueda formalizarse también ante personal funcionario público habilitado al efecto por la consejería competente en materia de salud; el apartado 4 del artículo 3, para posibilitar la incorporación de la declaración de voluntades anticipadas a la historia clínica del paciente; y el artículo 4, para incluir la obligación de los profesionales sanitarios implicados en el proceso de consultar su historia clínica para comprobar si hay constancia del otorgamiento de la declaración de voluntad anticipada, y actuar conforme a lo previsto en la misma.

## TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

### Artículo 1 Objeto

Esta ley tiene por objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona durante su proceso de morir, los deberes del personal sanitario que

atiende a estos pacientes, así como las garantías que las instituciones sanitarias están obligadas a proporcionar respecto a este proceso.

## **Artículo 2**

### **Finalidades**

Esta ley tiene como finalidades:

- a) Proteger la dignidad de la persona en su proceso de morir.
- b) Asegurar la autonomía de los pacientes y el respeto a su voluntad en su proceso de morir, incluyendo la manifestada de forma anticipada mediante la declaración de voluntades anticipadas.
- c) Proporcionar una atención de calidad a los destinatarios de esta ley.

## **Artículo 3**

### **Ámbito de aplicación**

La ley se aplica, en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears, a las personas que se encuentren en su proceso de morir o que afronten decisiones relacionadas con este proceso, al personal implicado en su atención sanitaria, así como al ámbito domiciliario y también a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y socio-sanitarios, tanto públicos como privados, y a entidades aseguradoras que presten sus servicios en las Illes Balears.

## **Artículo 4**

### **Principios básicos**

Son principios básicos que inspiran esta ley:

- a) La garantía del pleno respeto del derecho a la plena dignidad de la persona en su proceso de morir.
- b) La promoción de la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona, de acuerdo con sus deseos, preferencias, creencias 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 su interrupción, no suponga el menoscabo de una atención socio-sanitaria integral y del derecho a la plena dignidad de la persona en su proceso de morir.
- d) La garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales y un adecuado tratamiento del dolor y otros síntomas en su proceso de morir.
- e) La igualdad efectiva y la ausencia de discriminación en el acceso a los servicios sanitarios en su proceso de morir.

## **Artículo 5**

### **Definiciones**

A los efectos de esta ley, se entiende por:

- a) Calidad de vida: satisfacción individual ante las condiciones objetivas de vida desde los valores y las creencias personales.
- b) Consentimiento informado: de acuerdo con lo que dispone el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, «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».
- c) Cuidados paliativos: conjunto coordinado de intervenciones sanitarias y psicológicas 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, la valoración y el tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y/o psíquicos.
- d) Atención paliativa: la asistencia activa a personas con enfermedad avanzada, progresiva, incurable e irreversible, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida, tanto para el enfermo como para sus familiares, mediante el control de los síntomas, el apoyo emocional y la atención al sufrimiento.
- e) Centro socio-sanitario: a efectos de esta ley, es aquel donde se dan cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente



crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar la atención profesional y humanizada en el proceso de morir.

f) Declaración de voluntad anticipada: de acuerdo con lo que dispone el artículo 1 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas, es la declaración de voluntad unilateral emitida libremente por una persona mayor de edad y con capacidad de obrar plena, mediante la cual se indica el alcance de las actuaciones médicas u otras que sean procedentes, previstas por esta ley, sólo en los casos en que concurran circunstancias que no le permitan expresar su voluntad.

g) Intervención en el ámbito de la sanidad: de acuerdo con lo que dispone el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, es «toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación».

h) Adecuación de medidas terapéuticas: adaptación del tratamiento de manera proporcional a la situación del enfermo en situación terminal, según el pronóstico de cantidad y calidad de vida actuales y futuras y ofreciendo los medios necesarios para su cuidado y bienestar, que incluye la retirada o no instauración de una medida de apoyo vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, sólo contribuye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, a prolongar en el tiempo una situación clínica falta de expectativas razonables de mejora.

i) Medida de soporte vital: intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de la persona, independientemente de que esta intervención actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base o el proceso biológico, que amenaza su vida.

j) Médico o médica responsable: de acuerdo con lo que dispone el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, es «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 de este 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».

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

l) Personas en proceso de morir: personas que se encuentran en situación terminal o de agonía.

m) 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 esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

n) Sedación: administración de fármacos para el alivio, no conseguido con otros medios, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda de la conciencia de un enfermo.

o) Sedación en la agonía: sedación utilizada para reducir la conciencia de forma irreversible cuando la persona se encuentra en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos a la Ley 41/2002.

p) Síntoma refractario: síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los esfuerzos para encontrar un tratamiento tolerable dentro de un plazo de tiempo razonable sin comprometer la conciencia del enfermo. Su determinación debe incluir, si es posible, el consenso con otros miembros del equipo terapéutico y/o el asesoramiento de otros especialistas.

q) Situación de agonía: fase gradual que precede 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 pocos días.

r) Situación de incapacidad de hecho: situación en la cual las personas no tienen entendimiento y voluntad suficientes para gobernar su vida por sí mismas de manera autónoma.

s) Situación terminal: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable e irreversible, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes, así como un gran impacto emocional en enfermos y familiares, que requieren una asistencia paliativa específica.

t) Testamento vital: sinónimo de declaración de voluntad vital anticipada.

u) Valores vitales: conjunto de valores y creencias de una persona que dan sentido a su proyecto de vida y que sustentan sus



decisiones y preferencias en los procesos de enfermedad y muerte.

## TÍTULO II DERECHOS DE LAS PERSONAS ANTE EL PROCESO DE MORIR

### Artículo 6

#### Derecho a la información asistencial

1. Las personas que se encuentren en el proceso de morir o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso tienen derecho a recibir información en los términos que establecen los artículos 4 y 5 de la Ley 41/2002, el artículo 11 de la Ley 5/2003, de salud de las Illes Balears, y el artículo 5 de la Ley 1/2006.

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, se respetará esta decisión, haciéndolos ver su trascendencia, y se solicitará que designen una persona que acepte recibir la información sin perjuicio de lo que establece el artículo 9 de la Ley 41/2002, haciendo constar estas circunstancias en la historia clínica del paciente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

### Artículo 7

#### Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado

1. Las personas que se encuentren en el proceso de morir o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso tienen derecho a tomar decisiones respecto a las intervenciones sanitarias que les afecten.

2. Sin perjuicio de lo que dispone el artículo 11, toda intervención en este ámbito requiere el previo consentimiento libre y voluntario de los pacientes, una vez que hayan recibido y valorado la información que prevé el artículo 6 anterior.

3. El consentimiento será verbal, por regla general, dejándose en todo caso constancia en la historia clínica, sin perjuicio de lo que disponen los artículos 12.2 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, y 8.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

### Artículo 8

#### Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención

1. Toda persona tiene derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida. Dicho rechazo figurará por escrito, firmado por el paciente, quien hará constar que ha sido suficientemente informado y que rechaza el tratamiento propuesto. Si no puede firmar, firmará en su lugar otra persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma por la persona que rechaza la intervención propuesta. Todo ello constará por escrito en la historia clínica.

2. Igualmente, los pacientes tienen derecho a revocar el consentimiento informado respecto a una intervención concreta, lo que implicará necesariamente la interrupción de esta intervención, aunque ello pueda poner en peligro sus vidas, sin perjuicio de lo que dispone el artículo 12.4 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears.

3. La revocación del consentimiento informado deberá constar por escrito. Si la persona no puede firmar, firmará en su lugar otra persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma de quien revoca su consentimiento informado. Todo ello constará por escrito en la historia clínica.

### Artículo 9

#### Derecho a realizar la declaración de voluntad anticipada

1. Sin perjuicio de lo que dispone el artículo 11.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, toda persona tiene derecho a formalizar su declaración de voluntad anticipada en las condiciones establecidas en la Ley 1/2006, de 3 de marzo, y en el resto de normativa que sea de aplicación.

2. Una vez inscrita en el Registro de Voluntades Anticipadas de las Illes Balears, la declaración de voluntad anticipada se incorporará a la historia clínica, en los términos que se determinen reglamentariamente, que contemplarán, en todo caso, los procedimientos para el acceso a las instrucciones previas manifestadas por los pacientes de otras comunidades autónomas y que estén inscritas en el Registro nacional de instrucciones previas según lo que establece el Real decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regulan el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.





3. Del mismo modo, la declaración de voluntad anticipada inscrita en el Registro de Voluntades Anticipadas de las Illes Balears se incorporará al Registro nacional de instrucciones previas en los términos establecidos por el Real decreto 124/2007.
4. Cuando en la declaración de voluntad anticipada se designe a una persona representante, esta actuará siempre buscando el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represente. En todo caso velará para que, en las situaciones asistenciales previstas en la declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represente haya dejado establecidas.
5. Para la toma de decisiones en las situaciones asistenciales no contempladas explícitamente en la declaración de voluntad anticipada, con el fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en aquel momento en situación de capacidad, quién la represente tendrá en cuenta los valores o las opciones vitales recogidos en la declaración.
6. La persona interesada podrá determinar las funciones de la persona 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. Cuando la persona que se halla bajo atención sanitaria esté en situación de incapacidad de hecho, a criterio del médico o la médica responsable, tanto la recepción de la información, la toma de decisiones, como la prestación del consentimiento y, si procede, la elección del domicilio para recibir cuidados paliativos integrales a que se refiere el artículo 12.2 siguiente, se realizarán, por este orden, por la persona designada específicamente para esta finalidad en la declaración de voluntad anticipada, por la persona designada para ocupar el cargo de tutor en el documento público notarial otorgado según el artículo 223 del Código Civil, por el cónyuge o la cónyuge o persona vinculada por una relación de afectividad, por los familiares de grado más próximo, sin perjuicio de lo que pudiera decidir la autoridad judicial competente de acuerdo con la legislación procesal.
2. En el caso de pacientes incapacitados judicialmente se estará a lo que dispone la sentencia judicial de incapacitación, salvo que en ella no haya prohibición o limitación expresa sobre la recepción de información o la prestación del consentimiento informado, situación en la cual el médico o la médica responsable valorará su capacidad de hecho, en la forma establecida en el artículo 20 de esta ley.
3. La situación de incapacidad no obsta para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de manera adecuada a su grado de discernimiento.
4. El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación de incapacidad se llevará a cabo siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal. Para la interpretación de la voluntad de los pacientes se tendrán en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubieran formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad.

#### **Artículo 11**

##### **Derechos de los pacientes menores de edad**

1. Todo paciente menor de edad tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad e intervenciones sanitarias propuestas, de forma adaptada a su capacidad de comprensión. También tiene derecho a que su opinión sea escuchada, siempre que tenga doce años cumplidos, de conformidad con lo que dispone el artículo 9.3.c) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
2. Cuando los pacientes sean menores de edad y no sean capaces intelectual ni emocionalmente de entender el alcance de la intervención sanitaria propuesta, el otorgamiento del consentimiento informado corresponderá a las personas que sean sus representantes legales, de conformidad con lo que dispone el artículo 9.3.c) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
3. Las personas menores emancipadas o con dieciséis años cumplidos, no incapaces ni incapacitados, prestarán por sí mismas 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, de conformidad con lo que dispone el artículo 9.3.c) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Asimismo, las personas menores emancipadas o con dieciséis años cumplidos tendrán derecho a revocar el consentimiento informado y a rechazar la intervención que les sea propuesta por los profesionales sanitarios, en los términos que prevé el artículo 8 de esta ley.

4. En cualquier caso, el proceso de atención a las personas menores de edad respetará las necesidades especiales de estas y se ajustará a lo que establece la normativa vigente.

#### **Artículo 12**

##### **Derecho de los pacientes 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 calidad.

2. Los pacientes en situación terminal o de agonía, si así lo desean, tienen derecho a que se les proporcionen en el domicilio que designen en el territorio de la comunidad autónoma de las Illes Balears, los cuidados paliativos que necesiten, siempre que no estén contraindicados y sean posibles.

#### **Artículo 13**

##### **Derecho de los pacientes al tratamiento del sufrimiento, el dolor y otros síntomas**

Los pacientes tienen derecho a recibir la atención idónea que prevenga y aligere el sufrimiento y el dolor y otros síntomas, en tanto sea posible, incluida la sedación si el dolor es refractario al tratamiento específico.

#### **Artículo 14**

##### **Derecho de los pacientes a la administración de sedación en la agonía**

Los pacientes en situación terminal o de agonía tienen derecho a recibir sedación en la agonía cuando lo necesiten y esté indicada.

#### **Artículo 15**

##### **Derecho a la intimidad personal y familiar y a la confidencialidad**

Los pacientes ante el proceso de morir tienen derecho a que se preserve su intimidad personal y familiar y a la protección de todos los datos relacionados con su atención sanitaria.

#### **Artículo 16**

##### **Derecho al acompañamiento**

En los términos expresados en el artículo 23 de esta ley y siempre que la asistencia se preste en régimen de internamiento en un centro sanitario, los pacientes, ante el proceso de morir, tienen derecho:

- a) A disponer, si así lo desean, de acompañamiento familiar, afectivo y social, siempre que sea compatible con el conjunto de medidas sanitarias para ofrecer una atención de calidad y sin restricciones horarias.
- b) A recibir, cuando así lo soliciten, apoyo espiritual de acuerdo con sus convicciones y creencias, de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de libertad religiosa.

### **TÍTULO III**

#### **DEBERES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS QUE ATIENDEN A PACIENTES ANTE EL PROCESO DE MORIR**

#### **Artículo 17**

##### **Deberes respecto a la información clínica**

1. El médico o la médica responsable de cada paciente deberá garantizar el cumplimiento del derecho a la información que establece el artículo 6 anterior.
2. El resto de los profesionales sanitarios que atiendan a los pacientes durante el proceso asistencial o les apliquen una intervención concreta, también tienen obligación de facilitarles información clínica en función de su grado de responsabilidad y participación en el proceso de atención sanitaria.
3. Los profesionales a los que se refieren los apartados 1 y 2 de este artículo dejarán constancia en la historia clínica de que dicha información fue proporcionada a los pacientes y suficientemente comprendida por estos y de las decisiones tomadas, incluido el consentimiento a la sedación.
4. La información proporcionada y sus particularidades serán consensuadas por todos los profesionales del equipo que intervenga en el proceso asistencial para evitar duplicidades e incoherencias.

#### **Artículo 18**

##### **Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas**

1. El médico o la médica responsable, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en el proceso de morir, se asegurará de que esta está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respeto basándose en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, la gravedad y el pronóstico de la persona afectada. En el supuesto de que este juicio profesional concluya con la indicación de una intervención sanitaria, la someterá entonces al consentimiento libre y voluntario de la persona,

que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos que prevén esta ley y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas, en los términos que prevén esta ley, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la Ley 1/2006, de 3 de marzo, y sus normas de desarrollo, y se abstendrán de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas.

#### **Artículo 19**

##### **Deberes respecto a la declaración de voluntad anticipada**

1. Todos los profesionales sanitarios están obligados a proporcionar, a las personas que la soliciten, información sobre el derecho a formular la declaración de voluntad anticipada.

2. En caso de que los pacientes se encuentren en situación de incapacidad de hecho, los profesionales procederán de acuerdo con lo que prevé el artículo 4.2 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo.

3. Los profesionales sanitarios tienen obligación de respetar los valores y las instrucciones contenidos en la declaración de voluntad anticipada, en los términos que prevén esta ley, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la Ley 1/2006, de 3 de marzo, y sus normas de desarrollo.

#### **Artículo 20**

##### **Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho**

1. El médico o la médica responsable es quien valorará si la persona bajo atención médica se encuentra en una situación de incapacidad de hecho que le impide decidir por sí misma.

Tal valoración constará adecuadamente en la historia clínica. Para determinar la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes:

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

2. Para la valoración de estos criterios se deberá contar con la opinión de los profesionales implicados directamente en la atención de los pacientes. Asimismo, se tendrá en cuenta la familia y la persona vinculada por una relación de afectividad, con objeto de conocer su opinión.

3. Una vez establecida la situación de incapacidad de hecho, el médico o la médica responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quién deba actuar por la persona en situación de incapacidad, de acuerdo con lo que prevé el artículo 10.1 de esta ley.

#### **Artículo 21**

##### **Deberes respecto a la adecuación de medidas terapéuticas**

1. El médico o la médica responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, adecuará el esfuerzo terapéutico cuando la situación clínica lo aconseje evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la limitación deberá constar en la historia clínica.

2. Dicha limitación se llevará a cabo teniendo en cuenta el criterio profesional del enfermero o la enfermera responsable de los cuidados y requerirá la opinión coincidente con la del médico o la médica responsable de al menos otro médico o médica que participen en su atención sanitaria. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica.

3. En cualquier caso, el médico o la médica responsable, así como los otros profesionales sanitarios que atiendan a los pacientes, están obligados a ofrecer las intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y confort.





#### TÍTULO IV

### GARANTÍAS QUE PROPORCIONARÁN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS O SOCIO-SANITARIAS

#### Artículo 22

##### Garantía de los derechos de los pacientes

1. La administración sanitaria, así como las instituciones recogidas en el artículo 3 anterior, garantizarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, el ejercicio de los derechos establecidos en el título II de esta ley.
2. Las instituciones sanitarias y socio-sanitarias responsables de la atención directa a los pacientes deberán arbitrar los medios para que los derechos de estos no se vean mermados en ningún caso o eventualidad, incluida la negativa o la ausencia del profesional o la profesional, así como cualquier otra causa sobrevenida.
3. Las instituciones sanitarias y socio-sanitarias garantizarán la formación de los equipos profesionales con el fin de que sus integrantes estén en condiciones de hacer efectivos los derechos de los pacientes reconocidos en esta ley.

#### Artículo 23

##### Acompañamiento de los pacientes

1. Los centros y las instituciones sanitarias y socio-sanitarias facilitarán al ciudadano o a la ciudadana en proceso de morir el acompañamiento familiar y de la persona vinculada por una relación de afectividad, compatibilizándolo con el conjunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer una atención de calidad a los pacientes.
2. Los centros y las instituciones sanitarias y socio-sanitarias facilitarán, a petición de los pacientes, de las personas que sean sus representantes o de sus familiares, el acceso de aquellas personas que les puedan proporcionar apoyo espiritual, conforme a sus convicciones y creencias, procurando, en todo caso, que no interfieran con las actuaciones del equipo sanitario.

#### Artículo 24

##### Apoyo a la familia y a las personas cuidadoras

1. Los centros y las instituciones sanitarias y socio-sanitarias prestarán apoyo emocional y social y asistencia a las personas cuidadoras y a las familias de pacientes en proceso de morir, tanto en su domicilio como en los centros sanitarios.
2. Los centros y las instituciones sanitarias y socio-sanitarias prestarán una atención en el duelo a la familia y a las personas cuidadoras y promoverán medidas para la aceptación de la pérdida de un ser querido y la prevención del duelo complicado.

#### Artículo 25

##### Asesoramiento en cuidados paliativos

Se garantizará a los pacientes en proceso de morir información sobre su estado de salud y sobre los objetivos de los cuidados paliativos que recibirán durante su proceso, de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

#### Artículo 26

##### Estancia en habitación individual para personas en situación terminal

1. Los centros y las instituciones sanitarias garantizarán a los pacientes en situación terminal, que deban ser atendidos en régimen de hospitalización, una habitación individual durante su estancia, con el nivel de confort e intimidad que requiere su estado de salud.
2. Asimismo, estos pacientes podrán estar acompañados permanentemente por una persona familiar o allegada.

#### Artículo 27

##### Promoción del voluntariado

Las instituciones de las Illes Balears promoverán la participación del voluntariado en el acompañamiento del paciente, de sus familiares o las personas cercanas, en el proceso de morir.

El acompañamiento sólo se hará si la persona o sus representantes dan su consentimiento.

El acompañamiento del voluntariado se podrá dar en los centros sanitarios, sociosanitarios y/o en los domicilios de las personas afectadas en situación del proceso de morir.





## **Artículo 28**

### **Comités de Ética Asistencial**

1. Todos los centros sanitarios y sociosanitarios o las instituciones dispondrán o, en su caso, estarán vinculados a un Comité de Ética Asistencial de las Illes Balears. Estos son órganos consultivos e interdisciplinarios con funciones de asesoramiento en los casos de decisiones clínicas que plantean conflictos éticos, que serán acreditados por la consejería competente en materia de salud. Los informes o dictámenes emitidos por el Comité de Ética Asistencial en ningún caso sustituirán las decisiones que deban adoptar los profesionales sanitarios. También impulsarán la formación en bioética de los profesionales sanitarios.
2. En los casos de discrepancia entre los profesionales sanitarios y los pacientes o, en su caso, con quienes ejerciten sus derechos, o entre estos y las instituciones sanitarias, en relación con la atención sanitaria prestada en el proceso de morir, que no se hayan podido resolver mediante acuerdo entre las partes, se solicitará asesoramiento al Comité de Ética Asistencial correspondiente, que podrá proponer alternativas o soluciones éticas a aquellas decisiones clínicas controvertidas.
3. Las personas integrantes de los Comités de Ética Asistencial estarán obligadas a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros del comité.
4. La composición, el funcionamiento y los procedimientos de acreditación de los comités se establecerán reglamentariamente.

## **TÍTULO V** **INFRACCIONES Y SANCIONES**

### **Artículo 29**

#### **Disposiciones generales**

1. Sin perjuicio de lo que prevén la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, y la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, las infracciones previstas en esta ley y en las especificaciones que la desarrollen en el ejercicio de la potestad reglamentaria serán objeto de sanción administrativa, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.
2. De conformidad con lo que prevé el artículo 133 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, no podrán sancionarse los hechos que hayan sido sancionados, penal o administrativamente, en los casos en que se aprecie identidad de sujeto, hecho y fundamento.
3. Son sujetos responsables de las infracciones, en la materia regulada por esta ley, las personas físicas o jurídicas que, por acción u omisión, hubieran participado en aquellas en las que haya habido dolo, culpa o negligencia.

### **Artículo 30**

#### **Infracciones leves**

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

### **Artículo 31**

#### **Infracciones graves**

1. Se tipifican como infracciones graves las siguientes:
  - a) El incumplimiento de las normas relativas a la cumplimentación de los datos clínicos.
  - b) El impedimento del acompañamiento en el proceso de morir, salvo que haya circunstancias clínicas que así lo justifiquen.
2. Las infracciones tipificadas como leves podrán calificarse de graves cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:
  - a) Lesividad del hecho.
  - b) Cuantía del eventual beneficio obtenido.
  - c) Gravedad de la alteración sanitaria y social producida.



d) Grado de intencionalidad.

### **Artículo 32**

#### **Infracciones muy graves**

1. Se tipifican como infracciones muy graves las siguientes:

- a) El obstáculo o el impedimento a los ciudadanos del disfrute de cualquiera de los derechos expresados en el título II de esta ley.
- b) La actuación que suponga incumplimiento de los deberes que establece el título III de esta ley.

2. Las infracciones tipificadas como graves podrán calificarse de muy graves cuando concurra alguna de las circunstancias que prevé el apartado 2 del artículo anterior, salvo que esta concurrencia haya determinado su tipificación como grave.

### **Artículo 33**

#### **Sanciones**

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

2. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, si las citadas infracciones son cometidas por personal estatutario del Sistema Sanitario Público de las Illes Balears, se sancionarán conformemente con lo que prevé el capítulo XII de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, en lo referente al régimen disciplinario, de acuerdo con la habilitación contenida en el artículo 73 del mencionado estatuto.

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

### **Artículo 34**

#### **Competencia**

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

#### **Disposición adicional primera**

##### **Evaluación de la ley**

La Consejería de Salud elaborará, en el plazo de un año, un estudio sobre cómo mueren los ciudadanos y las ciudadanas de las Illes Balears, que se actualizará periódicamente para permitir evaluar con regularidad la aplicación y los efectos de esta ley.

#### **Disposición adicional segunda**

##### **Difusión de la ley**

La Consejería de Salud habilitará los mecanismos oportunos para dar la máxima difusión a esta ley entre los profesionales y la ciudadanía en general.

#### **Disposición adicional tercera**

##### **Cuidados paliativos**

La administración pública sanitaria, para el mejor cumplimiento de lo que establece esta ley en relación a la prestación de cuidados paliativos, procurará una formación específica de alta calidad a sus profesionales en su ámbito y promoverá las medidas necesarias para disponer en el Sistema Sanitario Público de las Illes Balears del número y la dotación adecuados de unidades de cuidados paliativos y equipos de soporte.

#### **Disposición transitoria única**

##### **Consulta al Registro de Voluntades Anticipadas**

No obstante lo previsto en el artículo 4.2 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, hasta que el contenido de la declaración de voluntad anticipada se incorpore a la historia clínica, según lo que prevé el artículo 9.2 de esta ley, los profesionales sanitarios responsables de los pacientes que se encuentren en el proceso de morir estarán obligados a consultar el Registro de Voluntades Anticipadas.

### Disposición derogatoria única

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que contravengan esta ley.

### Disposición final primera

#### Modificación de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears

1. El apartado 2 del artículo 12 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, queda modificado con la redacción siguiente:

“2. Como regla general, el consentimiento se manifiesta verbalmente. El consentimiento se manifestará por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y, en general, cuando se lleven a cabo procedimientos que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente.”

2. El apartado 5 del artículo 12 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, queda modificado con la redacción siguiente:

“5. En el caso de incapacidad del paciente para tomar decisiones, el derecho sobre cualquier tipo de intervención que afecte a su salud corresponderá a los representantes legales que determine la sentencia de incapacidad. En el caso de inexistencia de declaración judicial, corresponderá a sus familiares, a su pareja y, subsidiariamente, a las personas cercanas a él. La situación de incapacidad no obsta para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de manera adecuada a su grado de discernimiento.”

3. El apartado 6 del artículo 12 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, queda modificado con la redacción siguiente:

“6. En cuanto a los menores de edad, siempre que no estén emancipados o tengan dieciséis años cumplidos, el derecho a decidir corresponderá a los padres, tutores o curadores que ostenten su representación legal. La opinión del menor será tomada en consideración en función de su edad y su grado de madurez, de acuerdo con lo que establecen las leyes civiles. Cuando haya disparidad de criterios entre los representantes legales del menor y la institución sanitaria, la última autorización se someterá a la autoridad judicial.”

### Disposición final segunda

#### Modificación de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas

1. El artículo 1 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas, queda modificado con la redacción siguiente:

“A los efectos de esta ley, las voluntades anticipadas consisten en una declaración de voluntad unilateral emitida libremente por una persona mayor de edad y con capacidad de obrar plena, por menores de edad emancipados o con 16 años cumplidos, mediante la cual se indica el alcance de las actuaciones médicas u otras que sean procedentes, previstas por esta ley, sólo en los casos en que concurran circunstancias que no le permitan expresar su voluntad.”

2. El apartado 2 del artículo 3 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas, queda modificado con la redacción siguiente:

“2. En el documento de voluntades anticipadas figurarán el nombre y los apellidos, el número del DNI o de un documento de identidad equivalente y la firma del otorgante, así como el lugar y la fecha del otorgamiento. Este documento se puede formalizar:

- a) Ante notario.
- b) Ante personal funcionario público habilitado al efecto por la consejería competente en materia de salud.
- c) Ante la persona encargada del Registro de Voluntades Anticipadas.
- d) Ante tres testigos.

El personal funcionario público a que se refiere la letra b) anterior procederá a la constatación de la personalidad y la capacidad de la persona autora de la declaración, así como a la verificación de los requisitos formales determinantes de la validez de la declaración, que se prevén en esta ley.

Los testigos a que se refiere la letra d) anterior deben ser mayores de edad con capacidad de obrar plena y deben conocer al otorgante.”

3. El apartado 4 del artículo 3 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas, queda modificado con la redacción siguiente:

“4. Este documento se inscribirá en el Registro de Voluntades Anticipadas y, en su caso, en el Registro de Donantes de Órganos, y se



incorporará a la historia clínica del interesado. La inscripción en el Registro se efectuará a petición del otorgante, de uno de los testigos, con su consentimiento, que se presume excepto en caso de indicación contraria, o del notario, en caso de haberse otorgado el documento notarialmente. En cualquiera de los casos, la inscripción se solicitará en la forma, los plazos y los requisitos que se establezcan reglamentariamente.”

4. El artículo 4 de la Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas, queda modificado con la redacción siguiente:

“1. Son destinatarios de las voluntades anticipadas los hospitales, las clínicas, los centros de salud, los dispensarios, los médicos o las médicas u otras personas u organismos a los cuales corresponda cumplir la voluntad anticipada que se manifiesta.

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 esta ley, los profesionales sanitarios implicados en el proceso deberán consultar su historia clínica para comprobar si hay constancia del otorgamiento de la declaración de voluntad anticipada, y actuar conformemente con lo que se haya previsto en la misma.”

#### **Disposición final tercera** **Comités de Ética Asistencial**

El Consejo de Gobierno dictará el decreto regulador de los Comités de Ética Asistencial en el plazo máximo de un año desde la entrada en vigor de esta ley.

#### **Disposición final cuarta** **Desarrollo reglamentario y cumplimiento de los objetivos**

El Consejo de Gobierno desarrollará reglamentariamente esta ley, en el plazo máximo de un año desde su entrada en vigor.

La Consejería de Salud velará por el desarrollo de la ley en el plazo establecido y por el cumplimiento de los objetivos definidos a la Estrategia de cuidados paliativos de las Illes Balears 2009-2014.

#### **Disposición final quinta** **Entrada en vigor**

La presente ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el *Butlletí Oficial de les Illes Balears*.

Por tanto, ordeno que todos los ciudadanos guarden esta Ley y que los Tribunales y las Autoridades a los que corresponda la hagan guardar.

Palma, 23 de marzo de 2015

**El presidente**  
José Ramón Bauzá Díaz

