

## Á Mesa do Parlamento

O **Grupo Parlamentario dos Socialistas de Galicia**, a través do seu portavoz, ao abeiro do disposto no artigo 122 do Regulamento da Cámara, presenta ante esa Mesa a seguinte **Proposición de lei de dereitos e garantías da dignidade dos enfermos terminais**.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

### Preámbulo

Consonte o disposto nos artigos 148 e 149 da Constitución española e no artigo 33 do Estatuto de Autonomía de Galicia, é competencia da Comunidade Autónoma galega o desenvolvemento lexislativo e a execución da lexislación básica do Estado en materia de sanidade interior, así como en materia de Seguridade Social, agás as normas que configuran o seu réxime económico, e tamén, de acordo co disposto no artigo 28 do Estatuto, en materia de establecementos farmacéuticos. A comunidade autónoma poderá organizar e administrar para tales fins e dentro do seu territorio todos os servizos relacionados coas materias antes expresadas, e exercerá a tutela das institucións, as entidades e as fundacións en materia de sanidade e Seguridade Social.

### Exposición de motivos

As cuestións relacionadas co proceso da morte adquiriron grande importancia na nosa sociedade. Por un lado, os avances da medicina e outras ciencias afíns permiten a prolongación da vida ou o mantemento de funcións vitais ata límites insospeitados hai poucos anos. Iso, sumado ao envellecemento da poboación e ao conseguinte incremento de persoas con enfermidades crónicas, fai que un número crecente de persoas con enfermidades dexenerativas ou irreversibles cheguen a unha situación terminal, caracterizada pola incurabilidade da enfermidade causal, un pronóstico de vida limitado e un intenso sufrimento persoal e familiar, con frecuencia nun contexto de atención sanitaria intensiva altamente tecnificada. Por outra parte, a emerxencia do valor da autonomía persoal modificou profundamente os valores da relación clínica, que debe adaptarse agora á individualidade da persoa enferma. Nunha sociedade

## Grupo Parlamentario

democrática, o respecto á liberdade e autonomía da vontade da persoa han de manterse durante a enfermidade e alcanzar plenamente ao proceso da morte.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

E neste contexto xurde a idea de morte digna, toda persoa quere morrer ben, con calidade e calidez humana. Dignamente, como o acto final dunha vida que aspirou a ser tamén digna. Este concepto foi cambiando ao longo da historia. Na nosa sociedade moderna, asediada pola ambivalencia da tecnoloxía médica, morrer dignamente ten hoxe novos matices. Hoxe sabemos que significa morrer co mínimo sufrimento físico, psíquico ou espiritual. Morrer sen dor. Morrer acompañado dos seres queridos. Morrer ben informado si se desexa. Morrer podendo rexeitar os tratamentos que un non quere, facéndoo un mesmo se se está consciente, ou a través do documento escrito previamente, si xa se está inconsciente. Morrer na intimidade persoal e familiar. Morrer sen que o profesional sanitario, con boa intención, se obstine en manter os tratamentos que xa non son útiles e só alongan o sufrimento do fin. Morrer sedado se un o solicita, aínda que iso poida acurtar a vida. Morrer esperto se así se prefire. Morrer ben coidado. Morrer de acordo ás propias crenzas. Morrer a tempo. Morrer en paz.

En Galicia, as persoas temos dereito a manifestar as instrucións previas, recollendo nun documento como queremos ser tratados no momento no que non sexamos capaces de expresalo persoalmente. Pero contando ou non co documento de instrucións previas debemos asegurar por medio dunha lei o dereito de todas as persoas a ter unha morte digna.

A doutrina bioética dinos que a morte digna ten o sentido de morte ao seu tempo ou ortotanasia; sen abreviacións tallantes ou eutanasia; nin prolongacións irrazoables ou distanasia.

Concretándose esa morte correcta mediante a abstención, supresión ou limitación de todo tratamento fútil, extraordinario ou desproporcionado ante a inminencia da morte do paciente -morte que non se busca, pois o que se pretende é humanizar o proceso de morrer. Sen prolongalo abusivamente; nin provocalo, xa que resultará da propia enfermidade que o suxeito padece.

## Grupo Parlamentario

A situación ideal a que hoxe tende a medicina é a de integrar o dobre valor de vida humana e o dereito a morrer dignamente. Así, acódesse a todas as medidas razoables, pero non ao encarnizamento terapéutico que nese momento só darían unha remota esperanza de sobrevida sen apenas unha calidade mínima.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

A doutrina considera a enfermidade terminal como a enfermidade avanzada en fase evolutiva e irreversible, que afecta á autonomía e á calidade de vida, con moi escasa ou nula capacidade de resposta ao tratamento específico e cun pronóstico de vida limitado, no mellor dos casos a meses, nun contexto de fragilidade progresiva.

Non existe unha definición consensuada de sedación terminal se ben a doutrina se refire a un paciente terminal cunha enfermidade incurable e avanzada, que se encontra en fase agónica, con síntomas agudos ou refractarios que non responden a tratamento convencional, e a unha sedación que se provoca quimicamente por medicamentos e que se fai sen intención de acurtar a vida do paciente. Unha boa praxe de sedación terminal require que a decisión sexa tomada por profesionais expertos, tras deliberación entre eles, é dicir que haxa unhas indicacións clínicas e unhas prescricións técnicas adecuadas, ademais dun consentimento informado.

Os avances no tratamento da dor, en particular, e da medicina paliativa, en xeral, permiten na maioría dos casos un bo control dos síntomas físicos; ademais, dunha atención axeitada ao sufrimento psíquico do paciente e da súa familia, evitando o illamento social do moribundo.

A recomendación número 1.418 de 1999, do Consello de Europa nomea varios factores que poden ameazar o dereito do ser humano a morrer con dignidade e no seu apartado número 1 refírese ás dificultades de acceso a coidados paliativos e a un bo manexo da dor, e insta aos Estados membros a que o seu dereito interno incorpore a protección legal e social necesaria para que o enfermo Terminal ou moribundo non morra sometido a síntomas insoportables.

A dignidade da persoa constitúese como núcleo central da Declaración Universal de Dereitos Humanos (1948); é fundamento principal da bioética. Institúese en piar transcendental da Declaración sobre Bioética e Dereitos Humanos da UNESCO (2005), aprobada pola Conferencia Xeral

## Grupo Parlamentario

da UNESCO por aclamación. A Declaración trata das cuestións éticas relacionadas coa medicina, as ciencias da vida e as tecnoloxías conexas aplicadas aos seres humanos, tendo en conta as súas dimensións sociais, xurídicas e ambientais.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

A dignidade humana é un dereito recoñecido implicitamente no seu artigo 33 e expresamente no seu artigo 75 Inc. 22 pola nosa Carta Magna.

O respecto á liberdade da persoa e aos dereitos dos pacientes adquire unha especial relevancia no marco das relacións asistenciais, ámbito no que a autonomía da persoa constitúe un elemento central cuxas manifestacións máis evidentes, pero non exclusivas, se plasman na necesidade de subministrar información e de solicitar o consentimento das persoas enfermas. Este recoñecemento da autonomía das persoas para tomar decisións no ámbito sanitario é un dereito de recente adquisición.

A importancia que teñen os dereitos dos e das pacientes como eixe básico das relacións clínico-asistenciaisponse de manifesto ao constatar o interese que demostraron por estes case todas as organizacións internacionais con competencia na materia.

Organizacións como Nacións Unidas, UNESCO ou a Organización Mundial da Saúde, ou, máis recentemente, a Unión Europea ou o Consello de Europa, impulsaron declaracións ou promulgaron normas xurídicas sobre aspectos xenéricos ou específicos relacionados con esta cuestión. Neste sentido, é necesario mencionar a transcendencia da Declaración universal de dereitos humanos, do ano 1948, que foi o punto de referencia obrigado para todos os textos constitucionais promulgados posteriormente.

No campo da investigación médica, tanto o Código de Nuremberg de 1947, coma a Declaración de Helsinki de 1964 coas súas revisións posteriores e o Informe Belmont de 1978, destacan a obrigatoriedade do consentimento informado dos suxeitos de investigación.

A Declaración sobre a promoción dos dereitos dos pacientes en Europa, promovida o ano 1994 pola Oficina Rexional para Europa da Organización Mundial da Saúde, á parte de múltiples declaracións internacionais de maior ou menor alcance e influencia que se referiron ás devanditas cuestións.

Cabe subliñar a relevancia especial do Convenio do Consello de Europa para a protección dos dereitos humanos e a dignidade do ser humano respecto das aplicacións da bioloxía e a medicina (Convenio sobre os dereitos do home e a biomedicina), suscrito o día 4 de abril de 1997, o cal entrou en vigor no Reino de España o 1 de xaneiro de 2000. O devandito Convenio é unha iniciativa capital xa que, a diferenza das distintas declaracións internacionais que o precederon, é o primeiro instrumento internacional con carácter xurídico vinculante para os países que o subscriben. A súa especial valía reside no feito de que establece un marco común para a protección dos dereitos humanos e a dignidade humana na aplicación da bioloxía e a medicina. O Convenio trata explicitamente, con detemento e extensión, sobre a necesidade de recoñecer os dereitos dos pacientes, entre os cales resaltan o dereito á información, o consentimento informado e a intimidade da información relativa á saúde das persoas, perseguindo o alcance dunha harmonización das lexislacións dos diversos países nestas materias. No seu artigo 9 establece *que serán tomados en consideración os desexos expresados anteriormente con respecto a unha intervención médica por un paciente que, no momento da intervención, non se atope en situación de expresar a súa vontade.*

A regulación do dereito á protección da saúde, recollido polo artigo 43 da Constitución de 1978, dende o punto de vista das cuestións máis estreitamente vinculadas á condición de suxeitos de dereitos das persoas usuarias dos servizos sanitarios, é dicir, a plasmación dos dereitos relativos á información clínica e a autonomía individual dos pacientes no relativo á súa saúde, foi obxecto dunha regulación básica no ámbito do Estado, a través da Lei 14/1986, do 25 de abril, Xeral de Sanidade.

Na Lei Xeral de Sanidade, establécese como principio xeral o consentimento informado do paciente en canto aos tratamentos a seguir e á súa posible interrupción, recolléndose ademais na devandita normativa diversas declaracións de dereitos dos enfermos, como o dereito a controlar o propio destino, á integridade corporal, á atención relixiosa segundo as súas crenzas, á intimidade e, en suma, á asistencia integral realizada por profesionais competentes.

O artigo 33 do Estatuto de Autonomía de Galicia, establece que corresponde á Comunidade Autónoma galega o desenvolvemento

## Grupo Parlamentario

lexislativo e a execución da lexislación básica do Estado en materia de sanidade, para o cal poderá organizar e administrar para tales fins e dentro do seu territorio todos os servizos relacionados coas materias antes expresadas, e exercerá a tutela das institucións, as entidades e as fundacións en materia de sanidade.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

A Lei Xeral de Sanidade, facéndose eco dos principios establecidos na Constitución, reconece o dereito do enfermo a que sexa respectada a súa personalidade, dignidade e intimidade, así como establece o requisito necesario do consentimento do enfermo para ser sometido a calquera intervención, afirmándose de xeito expreso o seu dereito a negarse a recibir tratamento médico.

Tal dereito foi tamén recollido no artigo 8º referido aos dereitos relacionados coa autonomía da decisión, incluído no Capítulo II, Dereitos Sanitarios da cidadanía, da Lei 8/2008, do 10 de xullo, de Saúde de Galicia.

Na Lei, recentemente aprobada, de garantías sanitarias se recolle a creación do Rexistro Galego de Instrucións Previas.

É obxectivo da presente lei mellorar a calidade de vida de todos os pacientes da comunidade autónoma que se encontren en situación terminal, así como das persoas a eles vinculadas, sen diferenza en canto a patoloxía basal, localización xeográfica ou idade, de xeito racional, planificada, coordinada e eficiente, de acordo ás súas necesidades e respectando a súa autonomía e valores.

## Título I Disposicións xerais

### Artigo 1. Obxecto

A presente lei ten por obxecto o respecto á calidade de vida e á dignidade dos enfermos terminais.

## Grupo Parlamentario

### Artigo 2. Ámbito de aplicación

A presente lei aplicarase, no ámbito da Comunidade Autónoma de Galicia, ás persoas que se encontren no proceso da súa morte ou que afronten decisións relacionadas co devandito proceso, ao persoal implicado na súa atención sanitaria, así como aos centros, servizos e establecementos sanitarios, tanto públicos coma privados, e entidades aseguradoras, que presten os seus servizos en Galicia.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

### Artigo 3. Definicións

Para os efectos desta lei enténdese por:

1. Adistanasia: cesación da prolongación da vida biolóxica do paciente permitindo que a enfermidade remate coa vida do paciente.
2. Calidade de vida: satisfacción individual ante as condicións obxectivas de vida dende os valores e as crenzas persoais.
3. Consentimento informado: de acordo co disposto no artigo 3 da Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica, a conformidade libre, voluntaria e consciente dun paciente, manifestada en pleno uso das súas facultades despois de recibir a información axeitada, para que teña lugar unha actuación que afecta á súa saúde.
4. Coidados paliativos: conxunto coordinado de intervencións sanitarias dirixidas, dende un enfoque integral, á mellora da calidade de vida dos e das pacientes e das súas familias, afrontando os problemas asociados cunha situación vital terminal mediante a prevención e o alivio do sufrimento, así como a identificación, valoración e tratamento da dor e outros síntomas físicos e/ou psíquicos.
5. Distanasia: a prolongación da vida dun ou dunha paciente cunha enfermidade grave e irreversible, ou terminal, ou que sufrise un accidente que o coloque en igual situación, mediante a tecnoloxía médica, cando o seu beneficio é irrelevante en termos de recuperación funcional ou mellora da calidade de vida. En tal situación os medios

## Grupo Parlamentario

tecnolóxicos utilizados considéranse extraordinarios ou desproporcionados. Tamén se coñece como encarnizamento ou obstinación terapéutica.

6. Historia clínica: é o conxunto de documentos nos que se conteñen os datos, as valoracións e as informacións de calquera tipo sobre a situación e a evolución clínica dos pacientes ao longo do seu proceso asistencial, así como a identificación dos médicos e demais profesionais que interviñeron neste.

7. Historia de valores: documentos que expresan os valores que son fundamento e dan significado a tales decisións de futuro; as nosas crenzas sobre a vida, a morte, o coidado da saúde, a dor e o sufrimento, a asistencia sanitaria e o papel persoal de cada cal no desenvolvemento mesmo da enfermidade; as propias preferencias e desexos respecto da atención sanitaria de que poidamos ser obxecto nun futuro, sobre o destino do corpo ou os seus órganos e outras disposicións para despois de morrer. O seu obxectivo é servir de aclaración a directrices concretas, cuxas circunstancias previstas non se axusten exactamente ás existentes no momento da súa aplicación.

8. Información sanitaria: aquela que, de xeito claro, suficiente e axeitada á capacidade de comprensión do paciente, informe sobre o seu estado de saúde, os estudos e tratamentos que foran necesario realizar e a previsible evolución, riscos, complicacións ou secuelas destes.

9. Intervención no ámbito da sanidade: de acordo co disposto no artigo 3 da Lei 41/2002, do 14 de novembro, é toda actuación realizada con fins preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores ou de investigación.

10. Limitación do esforzo terapéutico: é retirar ou non iniciar medidas terapéuticas porque o profesional sanitario estima que, na situación concreta do paciente, son inútiles ou fútiles, xa que tan só conseguen prolongarlle vida biolóxica, pero sen posibilidade de proporcionarlle unha recuperación funcional cunha calidade de vida mínima.

11. Médico ou médica responsable: de acordo co disposto no artigo 3 da Lei 41/2002, do 14 de novembro, é o profesional que ten ao seu



## Grupo Parlamentario

cargo coordinar a información e a asistencia sanitaria do paciente ou do usuario, co carácter de interlocutor principal deste en todo o referente á súa atención e información durante o proceso asistencial, sen prexuízo das obrigas doutros profesionais que participan nas actuacións asistenciais.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

12. Medida de soporte vital: intervención sanitaria destinada a manter as constantes vitais dun paciente, independentemente de que a devandita intervención actúe ou non terapêuticamente sobre a enfermidade de base ou o proceso biolóxico, que ameaza a vida do paciente.

13. Obstinación terapéutica: situación na que a unha persoa, que se encontra en situación terminal ou de agonía, se lle inician ou manteñen medidas de soporte vital ou outras intervencións carentes de utilidade clínica, que unicamente prolongan a súa vida biolóxica, sen posibilidades reais de mellora ou recuperación, sendo, en consecuencia, susceptibles de limitación.

14. Ortotanasia: boa morte, no sentido de morte no momento biolóxico axeitado.

15. Paciente: é a persoa que padece física e corporalmente; doente; enfermo ou enferma; en propiedade, aquela persoa que se acha baixo atención médica.

16. Paciente terminal: é aquel en cuxa situación de enfermidade concorren a presenza dunha enfermidade avanzada, progresiva, incurable ou que sufrise un accidente que a coloque en igual situación, conxuntamente coa falta de posibilidades razoables de resposta ao tratamento específico e un prognóstico de vida inferior a seis meses.

17. Representante: persoa maior de idade e capaz que emite o consentimento por representación doutra, despois de ser designada para tal función mediante unha declaración de vontade vital anticipada ou, de non existir esta, seguindo as disposicións legais vixentes na materia.

18. Situación de agonía: é a que precede á morte cando esta se produce de forma gradual e na que existe deterioración física intensa, debilidade

## Grupo Parlamentario

extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos e da conciencia, dificultade de relación e inxestión e prognóstico de vida en horas ou días.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

19. Sedación na agonía: consiste na administración deliberada de fármacos para producir unha diminución suficientemente profunda e previsiblemente irreversible da conciencia na persoa cuxa morte se prevé próxima, coa intención de aliviar un sufrimento físico e/ou psicolóxico inalcanzable con outras medidas e co consentimento explícito, implícito ou delegado dela. É unha opción terapéutica útil e válida en pacientes coidadosamente seleccionados por un equipo multidisciplinario, fronte a casos refractarios de sufrimento físico ou existencial.

20. Síntoma refractario: síntoma que non pode ser axeitadamente controlado a pesar dos intensos esforzos para achar un tratamento tolerable nun prazo de tempo razoable sen que comprometa a conciencia do paciente.

21. Situación de incapacidade de feito: situación na que as persoas carecen de entendemento e vontade abondo para gobernar a súa vida por si mesmas de forma autónoma, sen que necesariamente haxa resolución xudicial de incapacitación.

22. Tratamento paliativo: o coidado integral e activo das persoas cuxa enfermidade non responde a tratamentos curativos. No momento de esgotamento de tratamento específico, ao entrar nunha situación de progresión de enfermidade, diríxense os obxectivos terapéuticos á promoción do confort do enfermo e a súa familia, sen intentar alongar a supervivencia.

23. Valores vitais: conxunto de valores e crenzas dunha persoa que dan sentido ao seu proxecto de vida e que sustentan as súas decisións e preferencias nos procesos de enfermidade e morte.

## Título II

### Dereitos das persoas ante o proceso da morte

#### Artigo 4. Dereito á información asistencial

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

1. As persoas teñen dereito a recibir a información sanitaria necesaria, vinculada á súa saúde. O dereito á información sanitaria inclúe o de non recibir a mencionada información. Tamén poderán ser destinatarios da información sanitaria necesaria terceiras persoas, con autorización do e da paciente, no suposto de incapacidade ou imposibilidade para comprender a información a causa do estado físico ou psíquico, esta será brindada ao seu representante legal ou, no seu defecto, ao cónxuxe que conviva co paciente, ou a persoa que, sen ser o seu cónxuxe, conviva ou estea a cargo da asistencia ou coidado deste e os familiares ata o cuarto grao de consanguinidade.

2. O e a paciente teñen dereito a recibir a información sanitaria por escrito, co fin de obter unha segunda opinión sobre o diagnóstico, pronóstico ou tratamento relacionados co seu estado de saúde.

3. O dereito á información sanitaria dos e das pacientes pode limitarse pola existencia acreditada dun estado de necesidade terapéutica. Enténdese por tal a facultade do médico ou médica para actuar profesionalmente sen informar antes o paciente, cando por razóns obxectivas o coñecemento da súa propia situación pode prexudicar a súa saúde de modo grave. Chegado este caso, o médico deixará constancia razoada das circunstancias na historia clínica e comunicará a súa decisión ás persoas vinculadas ao paciente por razóns familiares ou de feito.

#### Artigo 5. Dereito á confidencialidade

A persoa enferma ten dereito a que toda persoa que participe na elaboración ou manipulación da documentación clínica, ou ben teña acceso ao contido desta, garde a debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridade xudicial competente ou autorización do propio paciente.

O dereito á confidencialidade concrétese en:

1. Dereito á confidencialidade sobre o seu estado de saúde, dos seus datos referidos a crenzas, relixión, ideoloxía, vida sexual, orixe racial ou étnica, malos tratos e outros datos especialmente protexidos. En todo caso, o grao de confidencialidade, entendido como a identificación do destinatario e o contido da información que pode subministrarse, será decidido polo paciente ou pola paciente, agás nos casos en que legalmente se contemple o deber de información.

2. Dereito á confidencialidade da información sobre o seu xenoma e que este non poida ser utilizado para ningunha forma de discriminación.

## **Artigo 6. Dereito á toma de decisións e ao consentimento informado**

Serán dereitos relacionados coa autonomía de decisión os seguintes:

1. Dereito a que se solicite consentimento informado nos termos establecidos na Lei 3/2001, do 28 de maio, e na Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da anterior. Entenderase por consentimento informado o prestado libre e voluntariamente pola persoa afectada para toda actuación no ámbito da súa saúde e unha vez que, recibida a información axeitada, tivese valorado as opcións propias do caso. O consentimento será verbal, por regra xeral, prestándose por escrito nos casos de intervencións cirúrxicas, procedementos diagnósticos e terapéuticos invasores e, en xeral, na aplicación de procedementos que supoñan riscos ou inconvenientes de notoria e previsible repercusión negativa sobre a saúde do ou da paciente.

2. Dereito á libre elección entre as opcións que lle presente o responsable médico do seu caso e a rexeitar o tratamento, agás nos casos sinalados nesta ou outras leis, debendo para iso solicitar e asinar a alta voluntaria. Se non o fixese así, corresponderá darlle a alta á dirección do centro. Todo isto sen prexuízo do cal o ou a paciente poida recibir outros tratamentos alternativos, curativos ou paliativos e sanitarios.

## Grupo Parlamentario

3. Dereito a outorgar o consentimento por substitución e a manifestar as súas instrucións previas ao abeiro do establecido na Lei 3/2001, do 28 de maio, e na Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da anterior, e disposicións concordantes, e a Lei de garantías de prestacións sanitarias.

4. Dereito a unha segunda opinión médica co obxectivo de fortalecer a relación médico-paciente e complementar as posibilidades da atención sanitaria.

5. Dereito a rexeitar a participación en procedementos experimentais como alternativa terapéutica para o seu proceso asistencial.

6. Dereito a que se requira o consentimento do e da paciente ou no seu defecto, o dos seus representantes legais, e do profesional ou da profesional da saúde **intervinte**, ante exposicións con fins académicos; con carácter previo á realización da devandita exposición.

A renuncia do paciente ou da paciente a recibir información está limitada polo interese da súa propia saúde, de terceiros, da colectividade e polas esixencias terapéuticas do caso. Cando o ou a paciente manifeste expresamente o seu desexo de non ser informado, respectarase a súa vontade facendo constar a súa renuncia documentalmente, sen prexuízo da obtención do seu consentimento previo para a intervención.

Os e as facultativos/as poderán levar a cabo as intervencións clínicas indispensables en favor da saúde do e da paciente, sen necesidade de contar co seu consentimento, nos seguintes casos:

1.1. Cando existe risco para a saúde pública a causa de razóns sanitarias establecidas pola lei. En todo caso, unha vez adoptadas as medidas pertinentes, de conformidade co establecido na Lei Orgánica 3/1986, comunicaranse á autoridade xudicial no prazo máximo de 24 horas sempre que dispoñan o internamento obrigatorio de persoas.

1.2. Cando existe risco inmediato grave para a integridade física ou psíquica da persoa enferma e non é posible conseguir a súa autorización, consultando, cando as circunstancias o permitan, os seus familiares ou as persoas vinculadas de feito a ela.

## Artigo 7. Dereito a outorgar o documento de instrucións previas

1. Sen prexuízo do disposto no artigo 11.1 da Lei 41/2002, do 14 de novembro, toda persoa ten dereito a formalizar a súa declaración de vontade vital anticipada, a través do documento de instrucións previas, nas condicións establecidas na Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos e das pacientes e na Lei de garantías de prestacións sanitarias, así como no resto de normativa que sexa de aplicación.

2. O documento de instrucións previas que non fose inscrito no Rexistro Galego de Vontades Anticipadas debe entregarse no centro sanitario onde o seu outorgante sexa atendido.

3. O documento de instrucións previas que fose inscrito no Rexistro Galego de Instrucións Previas pódese entregar voluntariamente no centro sanitario onde o seu outorgante sexa atendido.

4. A entrega do documento de instrucións previas no centro sanitario corresponde á persoa outorgante. Se esta non puidese entregalo, farano os seus familiares, o seu representante legal, o representante designado no propio documento ou, no caso dos documentos inscritos, o Rexistro Galego de Instrucións Previas.

5. Unha vez recepcionado o documento de instrucións previas no centro sanitario onde o seu outorgante sexa atendido, o devandito documento incorporárase á historia clínica do paciente.

6. Naqueles casos en que se asista a pacientes en estado crítico, é dicir cando exista ou poida razoablemente existir unha alteración na función dun ou varios órganos ou sistemas que poidan comprometer a supervivencia e a morte sexa un evento posible e próximo, e cando os devanditos pacientes non poidan manifestar a súa vontade e non o fixesen con anterioridade, o equipo médico, logo de intervención do comité de bioética institucional ou da institución máis próxima, formulará ás persoas a que se refire o artigo 4.1, a abstención ou o retiro do soporte vital nas seguintes circunstancias:

## Grupo Parlamentario

1.1. Cando non existan evidencias de ter obtido a efectividade buscada ou existan eventos que permitiren presumir que tampouco se obterá no futuro.

1.2. Cando só se trate de manter e prolongar un cadro de inconciencia permanente e irreversible.

1.3. Cando o sufrimento sexa inevitable e desproporcionado ao beneficio médico esperado.

7. Para a toma de decisións nas situacións clínicas non contempladas explicitamente no documento de instrucións previas, co fin de presumir a vontade que tería o paciente se estivese nese momento en situación de capacidade, promoverase nos centros asistenciais dependentes do Servizo Galego de Saúde así como nos centros concertados por este, a Historia de Valores, nos termos que regulamentariamente se determinen.

### **Artigo 8. Dereito a un trato digno**

1. O e a paciente teñen dereito a que os axentes do sistema de saúde intervinente, outórguenlle un trato digno, con respecto ás súas conviccións persoais e morais, principalmente as relacionadas coas súas condicións socioculturais, de xénero, de pudor e á súa intimidade, calquera sexa o padecemento que presente; e que se faga extensivo aos familiares ou acompañantes.

2. Os centros e institucións sanitarias garantirán ao paciente en situación terminal, que deba ser atendido en réxime de hospitalización, un cuarto individual durante a súa estanza, co nivel de confort e intimidade que require o seu estado de saúde.

### **Artigo 9. Dereito ao rexeitamento e á retirada dunha intervención**

1. Toda persoa que padeza unha enfermidade irreversible, incurable e encóntrese en estadio terminal, ou sufrise un accidente que a coloque en igual situación, informada en forma fidedigna, ten o dereito a manifestar a súa vontade en canto ao rexeitamento de procedementos cirúrxicos, de

## Grupo Parlamentario

hidratación e alimentación e de reanimación artificial, cando sexan extraordinarios ou desproporcionados ás perspectivas de melloría e produzan dor e/ou sufrimento desmesurado.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

2. Da mesma forma toda persoa e en calquera momento, xa sexa ao ingresar ao centro asistencial ou durante a etapa de tratamento, pode manifestar a súa vontade de que non se implementar ou de que se retiren as medidas de soporte vital que poidan conducir a unha prolongación innecesaria da agonía e/ou que manteñan en forma penosa, gravosa e artificial a vida.

3. Así mesmo será válida a manifestación de vontade de toda persoa capaz, realizada a través da figura do documento de instrucións previas na que manifieste a súa vontade en canto ao rexeitamento de procedementos cirúrxicos, de hidratación e alimentación e de reanimación artificial, cando sexan extraordinarios ou desproporcionados ás perspectivas de melloría e/ou produzan dor e sufrimento desmesurado, en caso de que nun futuro lle acontecesen os supostos descritos anteriormente.

4. A información a que se refire o artigo 4º, será brindada polo facultativo ou equipo asistencial responsable da intervención sanitaria, coa achega interdisciplinaria que for necesaria, en termos claros, axeitados á idade, nivel de comprensión, estado psíquico e personalidade do paciente e persoas a que se refire o artigo 4.1, para os efectos de que ao prestar o seu consentimento o fagan debidamente informados. En todos os casos deberá deixarse constancia da información por escrito nunha acta que debe ser asinada por todos os intervinientes do acto e incorporada á historia clínica do paciente.

5. Cando se trate dunha persoa incapaz que padeza unha enfermidade irreversible, incurable e se encontre en estadio terminal, ou sufrise un accidente que a coloque en igual situación; ou dunha persoa que non estea consciente ou en pleno uso das súas facultades mentais por causa da enfermidade que padeza ou do accidente que sufrise, a información a que se refire o artigo 4 será brindada ás persoas a que se refire o artigo 4.1.

6. Cando se trate dunha persoa incapaz que padeza unha enfermidade irreversible, incurable e encóntrese en estadio terminal, ou sufrise un accidente que a coloque en igual situación; ou dunha persoa que non estea



## Grupo Parlamentario

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

consciente ou en pleno uso das súas facultades mentais por causa da enfermidade que padeza ou do accidente que sufrise, a manifestación de vontade referida no primeiro parágrafo do artigo segundo deberá ser asinada pola/s persoas ás que se refire o artigo 4.1 da presente lei. No caso de que o paciente sexa menor de idade e, de conformidade co disposto no artigo 9.3.c) da Lei 41/2002, do 14 de novembro, débese dar intervención aos seus representantes legais, deixarase constancia de tal intervención nunha acta que se incorporará á historia clínica. En calquera caso, o proceso de atención ás persoas menores de idade respectará as necesidades especiais destas e axustarase ao establecido na normativa vixente.

7. As persoas a que se refire o artigo 4.1, teñen dereito á interconsulta cun ou cunha profesional que non pertenza ao equipo asistencial intervinte. Profesional que debe avaliar o ou a paciente xunto ao profesional ou equipo médico tratante, se existise diferenza de criterios continuarase coa execución das medidas de soporte vital, ata tanto se conte coa recomendación do comité de bioética institucional máis próximo ao establecemento. En caso de que exista acordo entre o profesional consultado e o profesional ou equipo médico tratante, realizarase a correspondente abstención ou retiro do soporte vital, conforme ao disposto na presente lei.

8. En todos os casos a negativa ou o rexeitamento á obtención de procedementos cirúrxicos, de hidratación e alimentación e de reanimación artificial ou retiro de medidas de soporte vital non significará a interrupción daquelas medidas e accións tendentes ao confort e control de síntomas, para o axeitado control e alivio da dor e o sufrimento das persoas.

### **Artigo 10. Dereito do paciente a recibir coidados paliativos integrais e ao tratamento da dor**

1. Todas as persoas, en situación terminal ou de agonía, teñen dereito a recibir coidados paliativos integrais de calidade.
2. O paciente ten dereito a recibir a atención idónea que preveña e alivie a dor, incluída a sedación se a dor é refractaria ao tratamento específico.
3. O paciente, en situación terminal ou de agonía, ten dereito a recibir sedación paliativa, cando o precise.

## Grupo Parlamentario

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

4. Todos os establecementos de internamento asistenciais-sanitarios, públicos ou privados, deberán contar con servizos que permitan a efectiva aplicación de programas de coidados paliativos, conforme os estándares que esixan as normas da especialidade. Implementaranse ao mesmo tempo estes programas a atención domiciliaria e aos centros de atención extrahospitalarios.

5. Promoverase o deseño, para cada paciente identificado, dun plan terapéutico e de coidados, baseado nunha valoración integral de todas as súas necesidades e coordinado entre os diferentes profesionais implicados.

6. A Comisión Galega de Coidados Paliativos, se entende como un instrumento para a implantación, impulso, seguimento, avaliación e mellora do Plan galego de coidados palitativos a nivel de todas as áreas sanitarias.

### **Artigo 11. Dereito ao acompañamento**

1. O paciente ao que se lle preste asistencia sanitaria en réxime de internamento nun centro sanitario, ante o proceso de morte, ten dereito:

- 1.1. A dispoñer, se así o desexa, de acompañamento familiar.
- 1.2. A recibir, cando así o solicite, auxilio espiritual de acordo coas súas conviccións e crenzas.

2. Os dereitos anteriormente citados limitaranse, e mesmo se exceptuarán, nos casos en que esas presenza sexan desaconselladas ou incompatibles coa prestación sanitaria conforme a criterios clínicos. En todo caso, esas circunstancias serán explicadas aos afectados e afectadas de xeito comprensible.

3. Os centros e institucións sanitarias facilitarán ao cidadán ou cidadá en proceso de morte o acompañamento familiar, compatibilizando este co conxunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer unha atención de calidade ao paciente.

4. Os centros e institucións sanitarias facilitarán, a petición do paciente, ou das persoas ás que se refire o artigo 4.1 desta lei, o acceso daquelas persoas

## Grupo Parlamentario

que lle poidan proporcionar ao paciente auxilio espiritual, conforme ás súas conviccións e crenzas, procurando, en todo caso, que as mesmas non interfiran coas actuacións do equipo sanitario.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

5. Os centros e institucións sanitarias prestarán apoio e asistencia ás persoas coidadoras e familias de pacientes en proceso de morte, tanto se están ingresadas coma se son atendidas no seu domicilio.

6. Os centros e institucións sanitarias prestarán unha atención no duelo á familia e ás persoas coidadoras e promoverán medidas para a prevención de situacións cualificadas como duelo patolóxico.

### Título III

#### Deberes e dereitos dos profesionais sanitarios que atenden aos pacientes terminais

##### Artigo 12. Deber de confidencialidade

1. Toda actividade médico asistencial tendente a obter, clasificar, utilizar, administrar, custodiar e transmitir información e documentación clínica do paciente debe observar o estricto respecto pola dignidade humana e a autonomía da vontade, así como o debido resguardo da intimidade deste e a confidencialidade dos seus datos sensibles.

2. Non obstante o anterior, poderá revelarse información confidencial cando o ou a paciente outorgue o seu consentimento ou cando exista unha ameaza real e inminente de dano para que o e a paciente ou outros e esta ameaza só poda eliminarse coa violación do segredo.

##### Artigo 13. Deberes respecto á información clínica

1. Os e as profesionais sanitarios responsables da asistencia a un paciente, teñen deber de facilitarlle a información sobre o diagnóstico, prognóstico e posibilidades terapéuticas da súa enfermidade en termos comprensibles para o paciente, en función do seu grao de responsabilidade e participación no proceso de atención sanitaria; coa excepción do disposto en ao artigo 4.3 desta lei.

**Grupo Parlamentario**

2. Os e as profesionais aos que se refire o apartado anterior deixarán constancia na historia clínica de que a devandita información foi proporcionada aos pacientes e suficientemente comprendida por estes.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

**Artigo 14. Deberes respecto das decisións clínicas e a asistencia sanitaria**

1. No caso de que o xuízo do e da profesional sanitario, conclúa na indicación dunha intervención sanitaria, someterá entón a mesma ao consentimento libre e voluntario da persoa, que poderá aceptar a intervención proposta, elixir libremente entre as opcións clínicas dispoñibles, ou rexeitala, nos termos previstos na presente lei e na Lei 41/2002, do 14 de novembro.

2. Todos os e as profesionais da sanidade implicados e implicadas na atención dos e das pacientes teñen a obriga de respectar os valores, crenzas e preferencias destes na toma de decisións clínicas, nos termos previstos na presente lei, na Lei 41/2002, do 14 de novembro, na Lei 5/2003, do 9 de outubro, e nas súas respectivas normas de desenvolvemento, debendo absterse de impoñer criterios de actuación baseados nas súas propias crenzas e conviccións persoais, morais, relixiosas ou filosóficas.

3. Os e as profesionais sanitarios teñen obriga de respectar os valores e instrucións contidos no documento de instrucións previas, nos termos previstos na presente lei, na Lei 41/2002, do 14 de novembro, na Lei 5/2003, do 9 de outubro, e na Lei de garantías de prestacións sanitarias, e nas súas respectivas normas de desenvolvemento.

4. Os e as profesionais sanitarios teñen a responsabilidade de prestar unha atención médica de calidade científica e humana, calquera que sexa a modalidade da súa práctica profesional, comprometéndose a empregar os recursos da ciencia de xeito axeitado ao seu e a súa paciente, segundo a arte médica do momento e as posibilidades ao seu alcance.

**Artigo 15. Deberes respecto á limitación do esforzo terapéutico**

1. O médico ou médica responsable de cada paciente, no exercicio dunha boa práctica clínica e mantendo en todo o posible a calidade de vida do e da

## Grupo Parlamentario

paciente, limitará o esforzo terapéutico, cando a situación clínica o aconselle, evitando a obstinación terapéutica. A xustificación da limitación deberá constar na historia clínica.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

2. A devandita limitación levarase a cabo oído o criterio profesional do enfermeiro ou enfermeira responsable dos coidados e requirirá a opinión coincidente coa do facultativo ou facultativa responsable, ou de polo menos, outro facultativo ou facultativa dos que participen na súa atención sanitaria. A identidade dos e das devanditos profesionais e a súa opinión será rexistrada na historia clínica.

3. En calquera caso, os e as profesionais sanitarios que atendan aos e as pacientes, están obrigados a ofrecerlles aquelas intervencións sanitarias necesarias para garantir o seu axeitado coidado e confort, co respecto que merece a dignidade da persoa.

4. O e a facultativo ten obriga de combater a dor da forma máis correcta e eficaz, administrando o tratamento necesario. Este tratamento, pola súa natureza, debe estar orientado a mitigar o sufrimento da persoa enferma, a pesar de que, como consecuencia accidental deste tratamento correcto, poida acelerarse a súa morte. O deber do e da facultativo respecto á persoa enferma non o obriga a prolongar a vida por riba de todo. En todo caso, o persoal facultativo debe cumprir as esixencias éticas e legais do consentimento informado.

### **Artigo 16. Deberes respecto ás persoas que poidan acharse en situación de incapacidade de feito.**

1. O e a facultativo responsable é quen debe valorar se a persoa que se acha baixo atención médica puidese encontrarse nunha situación de incapacidade de feito que lle impedise decidir por si mesma. Tal valoración debe constar axeitadamente na historia clínica.

2. Para a valoración da incapacidade poderase contar coa opinión doutros profesionais implicados directamente na atención dos pacientes. Así mesmo, poderase consultar ás persoas a que se refire o artigo 4.1 co obxecto de coñecer a súa opinión.

**Grupo Parlamentario**

3. Unha vez establecida a situación de incapacidade de feito, o e a facultativo responsable deberá facer constar na historia clínica os datos de quen deba actuar pola persoa en situación de incapacidade, conforme ao previsto no artigo 4.1 desta lei.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

**Artigo 17. Obxección de conciencia**

1. O e a profesional sanitario do sistema de saúde, que manifeste obxección de conciencia fundada en razóns éticas con respecto á práctica médica enunciada na presente lei, pode optar por non participar nesta, ante o cal o establecemento do sistema de saúde debe subministrar de inmediato a atención doutro ou doutra profesional da saúde que estea disposto a levar a cabo o procedemento de información e provisión previsto na presente.

2. Independentemente da existencia de profesionais sanitarios que sexan obxectores de conciencia, o establecemento asistencial público ou privado, debe contar con recursos humanos e materiais abondo para garantir en forma permanente o exercicio dos dereitos que esta lei confire.

3. As substitucións ou cambios que sexan necesarios para obter o devandito fin serán realizadas en forma inmediata e con carácter de urxente polas autoridades do establecemento asistencial que corresponda.

4. A obxección de conciencia debe ser declarada polo profesional sanitario no momento de iniciar as súas actividades no establecemento asistencial público ou privado e debe existir un rexistro na institución da devandita declaración.

## Título IV

### Garantías dos centros e institucións sanitarias

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

#### **Artigo 18. Garantías dos dereitos dos enfermos terminais.**

A Administración sanitaria, así como as institucións e centros recollidos no artigo 2, deberán garantir, no ámbito das súas respectivas competencias, o exercicio dos dereitos establecidos na presente Lei, incluíndo na atención directa aos enfermos terminais, os medios necesarios para que tales dereitos non se vexan diminuídos en ningún caso ou eventualidade, incluída a negativa ou ausencia das persoas profesionais, así como calquera outra causa sobrevida.

#### **Artigo 19. Acompañamento aos enfermos terminais.**

1.Os centros e institucións sanitarias facilitarán aos enfermos terminais o acompañamento familiar, compatibilizando este co conxunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer a tales persoas unha atención de calidade.

2.Os centros e institucións sanitarias facilitarán, a petición dos aos enfermos terminais, das persoas que sexan os seus representantes, ou dos seus familiares, o acceso daquelas persoas que lles poidan proporcionar auxilio espiritual, conforme as súas conviccións e crenzas, procurando, en todo caso, que as mesmas non interfiran cas actuacións do equipo sanitario.

#### **Artigo 20. Apoio á familia e persoas coidadoras.**

Os centros e institucións sanitarias prestarán apoio e asistencia ás persoas coidadoras e familias de enfermos terminais, tanto no seu domicilio, como nos centros sanitarios. Igualmente prestarán unha atención no duelo e promoverán medidas para a aceptación da morte de un ser querido y á prevención dun duelo complicado.

## Grupo Parlamentario

### **Artigo 21. Asesoramento en coidados paliativos.**

Se garantizará aos enfermos terminais información sobre o seu estado de saúde e sobre os obxectivos dos coidados paliativos que recibirán durante seu proceso, de acordo cas súas necesidades e preferencias.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

### **Artigo 22. Estancia en habitación individual para enfermos terminais.**

Os centros e institucións sanitarias garantirán aos enfermos terminais que sexan atendidos en réxime de hospitalización, unha habitación individual durante a súa estancia, co nivel de confort e intimidade que require o seu estado de saúde. Ditos pacientes poderán estar acompañados permanentemente por unha persoa familiar ou achegada.

### **Artigo 23. Comités de Ética Asistencial**

No caso de discrepancia entre os profesionais sanitarios e os enfermos terminais ou, no seu caso, con aquelas persoas que exerciten os seus dereitos, ou entre estas e as institucións sanitarias, en relación ca atención sanitaria prestada aos mesmos, que no se resolveran mediante acordo entre as partes, se solicitará asesoramento aos Comités de Ética Asistencial correspondente, que poderán propor alternativas ou solucións éticas a aquelas decisións clínicas controvertidas, sen que, en ningún caso, poidan substituír ás decisións que teñan que adoptar os profesionais sanitarios.

## **Título V Infraccións e sancións**

### **Artigo 24. Disposición xeral**

Sen prexuízo das esixencias que puidesen derivarse nos ámbitos da responsabilidade civil e penal, así como do réxime de sancións previsto na Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade, as infraccións contempladas na presente lei e nas especificacións que regulamentariamente a



## Grupo Parlamentario

desenvolva, serán obxecto de sanción administrativa, de acordo ao procedemento establecido no artigo 39 da Lei 8/2008, do 10 de xullo, de Saúde de Galicia.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

### **Artigo 25. Infraccións.**

1. Se tipifica como infracción leve o incumprimento de calquera obriga ou a vulneración de calquera prohibición das previstas nesta lei, sempre que non proceda a súa cualificación como infracción grave ou moi grave.

2. Se tipifican como infraccións graves as seguintes:

- a) O incumprimento das normas relativas á cumprimentación dos datos clínicos.
- b) O impedimento do acompañamento no proceso de morte, salvo que existan circunstancias clínicas que así o xustifiquen.

3. Se tipifican como infraccións moi graves as seguintes:

- a) O obstáculo ou impedimento á cidadanía do disfrute de calquera dos dereitos expresados no Título II da presente lei.
- b) A actuación que supoña incumprimento dos deberes establecidos no Título III da presente lei.

### **Artigo 25. Sancións**

1. As infraccións previstas nesta Lei serán obxecto das sancións previstas no artigo 44 da Lei 8/2008, do 10 de xullo, de Saúde de Galicia, sen prexuízo de poder ser de aplicación o establecido no artigo 36 da Lei 14/1986, do 25 de abril, Xeral de Sanidade.

2. Sen prexuízo da sanción económica que puidera corresponder, nos supostos de infraccións moi graves, se poderá acordar polo consello de goberno da Xunta de Galicia a revocación da autorización concedida para a actividade en centros e establecementos sanitarios

Grupo Parlamentario

## Artigo 26. Competencias

O exercicio da potestade de sanción corresponderá ao consello de goberno da Xunta de Galicia e aos órganos da consellería competente en materia de sanidade, nos termos que se determinan no Artigo 45.1 da Lei 8/2008, do 10 de xullo, de Saúde de Galicia.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

### **Disposición transitoria única. Consulta ao Rexistro de Vontades Vitais Anticipadas.**

Non obstante o previsto no artigo 7 da presente lei, ata tanto o contido da declaración de vontade vital anticipada incorpórese á historia clínica, os profesionais sanitarios responsables do paciente que se encontre no proceso de morte, estarán obrigados a consultar o Rexistro de Instrucións Previas.

### **Disposición final primeira. Desenvolvemento regulamentario**

A Xunta de Galicia queda facultada para levar a cabo o desenvolvemento regulamentario desta lei, que levarase a efecto de acordo ao disposto nos artigos 33, 37 e 38 do Estatuto de Autonomía para Galicia.

### **Disposición final segunda .- Funcións da Comisión galega de coidados paliativos**

A Xunta de Galicia no prazo máximo de seis meses a partir da entrada en vigor desta lei, modificará o Decreto 181/2010, polo que se crea a Comisión Galega de Coidados Paliativos, de tal xeito que inclúa entre as súas funcións a de impulsar e avaliar os dereitos e garantías establecidas en relación á dignidade dos enfermos terminais, colaborar na elaboración de guías e protocolos a este respecto e contribuír a que a información sobre estas cuestións chegue tanto aos cidadáns coma aos profesionais.

## **Disposición final terceira. Nova función dos Comités de Ética Asistencial**

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

A Xunta de Galicia no prazo máximo de seis meses a partir da entrada en vigor desta lei, modificará o Decreto 177/2000, do 22 de xuño, polo que se regula a creación e autorización dos Comités de Ética Asistencial, de tal xeito que lles correspondan asesorar e emitir informes sobre as cuestións éticas relacionadas ca práctica clínica que se produzan nos centros e institucións sanitarias, a fin de garantir os dereitos dos enfermos terminais, así como os dereitos e deberes dos profesionais que os atendan, de acordo co establecido na súa respectiva lexislación específica. Neste sentido poderá asesorar e propor alternativas ou solucións éticas naquelas decisións clínicas controvertidas no caso de discrepancia entre os profesionais sanitarios e os enfermos terminais ou, no seu caso, con aquelas persoas que exerciten os seus dereitos, ou entre estas e as institucións sanitarias, en relación ca atención sanitaria prestada aos mesmos e que non se resolveran mediante acordo entre as partes.

## **Disposición final cuarta. Entrada en vigor**

Esta lei entrará en vigor ao mes da súa publicación no *Diario Oficial de Galicia*.

Pazo do Parlamento, 23 de xuño de 2014

Asdo.: José Luis Méndez Romeu  
Portavoz do G.P. dos Socialistas de Galicia

## ANTECEDENTES:

- Constitución Española do 27 de decembro de 1978
- Estatuto de Autonomía para Galicia. Lei orgánica 1/1981, do 6 de abril.
- Declaración sobre Bioética e Dereitos Humanos da UNESCO (2005).
- Código de Nuremberg de 1947, Declaración de Helsinki de 1964 coas súas revisións posteriores e Informe Belmont de 1978.
- Recomendación número 1.418 de 1999, do Consello de Europa.
- Convenio do Consello de Europa para a protección dos dereitos humanos e a dignidade do ser humano respecto das aplicacións da bioloxía e a medicina (Convenio sobre os dereitos do home e a biomedicina), suscrito o día 4 de abril de 1997.
- Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de Sanidade.
- Lei orgánica 3/1986, do 14 de abril, de medidas especiais en materia de saúde pública.
- Lei 8/2008, do 10 de xullo, de Saúde de Galicia.
- Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica.
- Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes.
- Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes.



**Grupo Parlamentario**

- Lei 12/2013, do 9 de decembro, de garantías de prestacións sanitarias
- Decreto 181/2010, do 21 de outubro, polo que se crea a Comisión Galega de Coidados Paliativos.
- Decreto 177/2000, do 22 de xuño, polo que se regula a creación e autorización dos Comités de Ética Asistencial.

Partido dos  
Socialistas  
de Galicia

**Asinado dixitalmente por:**

**José Luís Méndez Romeu na data 23/06/2014 10:45:59**