



SUMARIO

PROYECTOS DE LEY

11L/PL-0008. Proyecto de Ley de garantías y derechos de las personas con necesidades paliativas.

Gobierno de La Rioja.

Enmienda a la totalidad. 4092

11L/PL-0009. Proyecto de Ley del paisaje de La Rioja.

Gobierno de La Rioja.

Enmienda a la totalidad. 4108

PROYECTOS DE LEY

11L/PL-0008 - 1112907. Proyecto de Ley de garantías y derechos de las personas con necesidades paliativas.

Gobierno de La Rioja.

La Mesa de la Comisión de Salud y Políticas Sociales del Parlamento de La Rioja, celebrada el día 4 de febrero de 2025, una vez examinada la enmienda a la totalidad con texto alternativo presentada al proyecto de ley por el Grupo Parlamentario Socialista, con registro de entrada número 13798, de fecha 27 de diciembre de 2024, en ejercicio de la competencia atribuida por el artículo 93 del Reglamento de la Cámara y de conformidad con lo dispuesto en dicho artículo, acuerda:

Primero. Calificar y admitir a trámite la enmienda a la totalidad por la que se presenta un texto alternativo al proyecto de Ley de garantías y derechos de las personas con necesidades paliativas.

Segundo. Comunicar el presente acuerdo a la presidenta de la Cámara para que ordene la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de La Rioja de la enmienda a la totalidad calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo previsto en los artículos 81.1 y 93.3 del Reglamento de la Cámara.

En ejecución de dicho acuerdo y de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de la Cámara, dispongo su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de La Rioja.

Logroño, 4 de febrero de 2025. La presidenta del Parlamento: Marta Fernández Cornago.

A la Mesa de la Comisión de Salud y Políticas Sociales

Javier García Ibáñez, portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, de conformidad con lo establecido en los artículos 93 y siguientes del vigente Reglamento del Parlamento de La Rioja, presenta enmienda a la totalidad al proyecto de Ley de garantías y derechos de las personas con necesidades paliativas presentado por el Gobierno de La Rioja, para su tramitación reglamentaria en el Parlamento de La Rioja.

JUSTIFICACIÓN

En primer lugar, el texto carece de un apartado específico que detalle las garantías y responsabilidades concretas de las instituciones sanitarias y sociales, lo que dificulta asegurar las condiciones adecuadas a los usuarios y tampoco aborda de manera explícita el impacto emocional y las necesidades del personal sanitario.

Por otro lado, el proyecto tampoco incluye mecanismos de control, evaluación o sanción que permitan supervisar y garantizar el cumplimiento de la ley, dejando en manos de las instituciones su implementación sin un sistema estructurado de rendición de cuentas.

Tampoco contempla medidas de promoción educativa o de sensibilización social sobre los derechos y cuidados en el final de la vida, lo que podría dificultar la concienciación ciudadana y el acceso equitativo a estos servicios.

Finalmente, la ausencia de un observatorio o entidad similar limita la capacidad de supervisar el impacto de la ley, recopilar datos relevantes e impulsar investigaciones en cuidados paliativos.

El conjunto de todas estas omisiones en el texto legislativo que propone el Gobierno podría debilitar el alcance de la ley, dejando desprotegidos a sectores clave y reduciendo las posibilidades de lograr una atención integral y efectiva para garantizar los derechos de las personas con enfermedades avanzadas en el ámbito del final de la vida y promover los cuidados paliativos humanizados.

Por todo lo anterior, el Grupo Parlamentario Socialista presenta, para su tramitación reglamentaria, enmienda a la totalidad al proyecto de Ley de garantías y derechos de las personas con necesidades paliativas con el siguiente texto alternativo.

Proyecto de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En la sociedad contemporánea, los principios de dignidad, autonomía personal e intimidad han adquirido una relevancia fundamental, especialmente en el proceso final de la vida. Los avances médicos y el aumento de la esperanza de vida han creado nuevas realidades que plantean retos éticos y jurídicos. Muchas personas deben enfrentarse en el final de su vida a enfermedades degenerativas o incurables que conllevan un sufrimiento intenso.

La atención a las personas en esta etapa debe garantizar el respeto a sus decisiones, el alivio del sufrimiento y el acceso a una asistencia sanitaria humanizada y de calidad. En este contexto, se hace necesario un marco normativo que proteja la autonomía del paciente, regule las voluntades anticipadas y asegure el acceso a cuidados paliativos integrales que respeten los valores y creencias individuales.

Estos derechos están respaldados por el artículo 43 de la Constitución española; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como por acuerdos internacionales como el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina. Igualmente, el artículo 9.5 del Estatuto de Autonomía de La Rioja, aprobado por Ley Orgánica 3/1982, de 9 de junio, atribuye a la Comunidad Autónoma de La Rioja la competencia para el desarrollo legislativo y de ejecución en materia de sanidad e higiene.

En el ejercicio de esa competencia, esta ley responde a la necesidad de establecer un equilibrio entre los derechos de los pacientes y los deberes de los profesionales sanitarios e instituciones. Garantiza que el proceso final de la vida se aborde con dignidad y respeto, evitando la obstinación terapéutica y promoviendo decisiones consensuadas entre el equipo asistencial, el paciente y sus representantes. Además, fomenta la humanización de la asistencia sanitaria, promoviendo la transparencia en la toma de decisiones y el acompañamiento integral a pacientes y familiares.

En una sociedad multicultural y diversa, donde coexisten diferentes valores y creencias sobre el proceso de morir, esta regulación garantiza un trato equitativo y respetuoso para todas las personas. Se establecen mecanismos claros para la gestión de conflictos éticos y se asegura la seguridad jurídica en la aplicación de las voluntades de los pacientes. Asimismo, se destaca la importancia de los cuidados paliativos como pilar esencial de una atención de calidad que priorice el alivio del dolor y el sufrimiento.

En síntesis, esta ley representa un compromiso con la dignidad humana, la libertad individual y la humanización de la asistencia sanitaria. Busca garantizar que todas las personas puedan afrontar el final de su vida en paz, con el apoyo necesario y en pleno ejercicio de sus derechos, consolidando así una sociedad más justa y respetuosa con la diversidad y la autonomía personal.

La ley se estructura en treinta y seis artículos que se distribuyen en siete títulos, dos disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales.

TÍTULO PRELIMINAR Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

Es objeto de esta ley regular el ejercicio de los derechos de la persona para asegurar el respeto a su dignidad, autonomía e intimidad ante el proceso final de su vida y los deberes de los profesionales que atienden

a los pacientes que se encuentren en esta situación, así como las garantías que las instituciones sanitarias y sociales estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

Esta ley se aplicará a todas aquellas personas que se encuentren en el proceso final de la vida o que deban adoptar decisiones relacionadas con dicho proceso, bien sea en el domicilio o en un establecimiento sanitario o social, tanto público como privado, en el territorio de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Igualmente, se aplicará a sus familiares o representantes y a todas las personas responsables de la toma de decisiones relacionadas con el proceso final de la vida, así como al personal sanitario y social implicado en la asistencia durante dicho proceso.

También se aplicará a las entidades aseguradoras o mutualidades que, en relación con el objeto de la presente ley, ofrezcan sus servicios en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Artículo 3. *Principios básicos.*

Son principios básicos que inspiran esta ley:

- a) La garantía del pleno respeto a la dignidad de la persona en el proceso del final de su vida.
- b) La promoción de la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona, de acuerdo con sus deseos, preferencias, creencias o valores.
- c) El respeto a la intimidad de la persona y de sus familiares o allegados, y a la confidencialidad de la información clínica que deban recibir, de acuerdo con la normativa vigente.
- d) El intercambio libre de información veraz, de manera comprensible y accesible, en un marco de diálogo y reflexión conjunta con el personal responsable de su atención.
- e) La garantía de que el rechazo o interrupción de un tratamiento por voluntad de la persona no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral y el respeto a la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
- f) La garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales.
- g) La igualdad efectiva y la ausencia de discriminación en el acceso a los servicios del ámbito social o sanitarios en el proceso final de su vida, con independencia de su lugar de residencia en el ámbito territorial de La Rioja.
- h) La garantía de recibir una atención sanitaria personalizada a través de la coordinación y cooperación entre los sistemas de salud y de servicios sociales, velando por la continuidad de los cuidados.

Artículo 4. *Definiciones.*

A efectos de la presente ley, se entiende por:

- a) Calidad de vida: La satisfacción individual ante las condiciones objetivas de vida desde los valores y las creencias personales; su contenido abarca no solo el bienestar físico, sino también los aspectos psicológicos, socioeconómicos y espirituales.
- b) Consentimiento informado: La conformidad libre, voluntaria y consciente del 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: El conjunto coordinado de acciones dirigido a la atención activa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, siendo primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos son interdisciplinarios en su enfoque e incluyen al paciente, la familia y su entorno. Cubren las necesidades del paciente con

independencia de donde esté siendo cuidado, ya sea en el centro sanitario o social o en su domicilio, y tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final. Forma parte de la buena práctica médica.

d) Testamento Vital o Instrucciones Previas: El documento por el cual una persona, mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, dentro de los límites legales, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre el tratamiento de su salud y los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

e) Planificación anticipada de decisiones (PAD): El proceso voluntario de comunicación y deliberación realizado entre una persona con capacidad para decidir y los profesionales que le atienden habitualmente, dirigido a planificar la atención futura, incluyendo educación, reflexión, comunicación y documentación sobre las consecuencias y posibilidades de diferentes tratamientos alternativos. Debe quedar constancia amplia en la historia clínica del paciente.

f) Representante: Persona mayor de edad y en pleno ejercicio de su capacidad que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una declaración de instrucciones previas o, de no existir esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

g) Adecuación del esfuerzo terapéutico: Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente. Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico de vida limitada así lo aconseje. La adecuación del esfuerzo terapéutico supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad en la proximidad de la muerte y la conveniencia de abandonar las terapias que mantienen artificialmente la vida, manteniendo las de tipo paliativo. Forma parte de la buena práctica clínica y es una obligación moral y normativa de los profesionales.

h) Medidas de soporte vital: Conjunto de medios indicados y orientados a revertir las situaciones que conllevan riesgo vital para una persona y que incluye toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente con el objetivo de mantener sus constantes vitales, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o al proceso biológico causal. Se incluye entre ellas la ventilación mecánica o asistida, la nutrición forzada y la diálisis.

i) Médico responsable: El profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

j) Enfermero responsable: El profesional de enfermería que tiene a su cargo la coordinación de la información y asistencia sanitaria del paciente en el ámbito de su competencia profesional, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participen en las actuaciones asistenciales.

k) Obstinación terapéutica: Situación en la que a una persona que se encuentra en situación terminal o de agonía por una enfermedad grave e irreversible se le inician o mantienen medidas de soporte vital o se le realizan otras intervenciones carentes de utilidad clínica real, desproporcionadas o extraordinarias, que únicamente permiten prolongar su vida biológica, sin concederle posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación. Constituye una mala práctica clínica y una falta deontológica.

l) Proceso final de la vida: Aquel en el que se encuentran las personas que permanecen en situación terminal o de agonía, como consecuencia de accidente o de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, que no presentan posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y ofrecen un pronóstico de vida limitado a semanas o meses y en la que puedan concurrir síntomas que requieren una asistencia paliativa específica.

m) Situación de agonía: Es la fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente

por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de consciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de pocos días. Abarca también la situación similar en la que se encuentran las personas que han sufrido un accidente incompatible con la vida, con deterioro extremo y graves trastornos.

n) Situación terminal: Estado en el que la persona no responde a los tratamientos aplicados y evoluciona hacia el fallecimiento. Es el momento de pasar de curar a cuidar, es decir, a proporcionar los cuidados que alivien los síntomas y le proporcionen bienestar.

ñ) Sedación paliativa: Administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, al objeto de reducir la consciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la ley. Se trata de una sedación primaria, que puede ser continua o intermitente, superficial o profunda.

o) Sedación terminal o en fase de agonía: Administración deliberada de fármacos para producir una disminución profunda, continuada y previsiblemente irreversible de la consciencia de una persona cuya muerte se prevé muy próxima, con la intención del alivio de un sufrimiento físico o psicológico inalcanzable con otras medidas, y con el consentimiento explícito o por representación.

p) Síntoma refractario: Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por personal médico experto, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento de la persona enferma requiere la sedación paliativa.

q) Situación de imposibilidad de hecho para decidir: Situación en la que las personas carecen de entendimiento y voluntad suficientes para tomar decisiones relativas a su salud de forma autónoma, sin que necesariamente cuenten con medidas previas de apoyo voluntarias o judiciales.

r) 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.

s) Espiritualidad: Íntima aspiración del ser humano que anhela una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a su existencia. Es esencial al ser humano y no es patrimonio de ninguna religión o creencia.

TÍTULO I

Derechos de las personas ante el proceso final de su vida

Artículo 5. Derecho a la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida.

Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a la protección de su dignidad y a que se garantice el efectivo cumplimiento de los derechos reconocidos en la presente ley, en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna. En particular, como manifestación del derecho a la integridad física y moral, se garantizará su derecho a decidir libremente sobre las intervenciones y el tratamiento a seguir en dicho proceso, incluidos los cuidados necesarios para evitar el dolor y el sufrimiento.

Artículo 6. Derecho a la información asistencial.

1. Las personas que se encuentren en el proceso final de la vida y, en su caso, quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones en dicho proceso tienen derecho a recibir toda la información disponible sobre su estado real de salud, sus expectativas de vida y de calidad de esta, y las medidas terapéuticas y paliativas que le resultarían aplicables en los términos establecidos en esta ley. Esta información deberá ser clara y comprensible para facilitar al paciente la toma de decisiones. Las personas vinculadas al mismo serán informadas únicamente en la medida en que este lo permita. La información que se le facilite al paciente, así como a terceras personas, debe quedar recogida en el historial clínico.

2. Los pacientes a quienes se les diagnostique una enfermedad irreversible y progresiva en los que se prevea la posibilidad de un desenlace fatal en un medio o largo plazo tienen derecho a ser informados prontamente sobre la posibilidad de realizar testamento vital o últimas instrucciones, así como a establecer un plan anticipado de cuidados, a fin de que tales decisiones sean tomadas de forma reflexiva y con la anticipación suficiente. Dichas instrucciones o plan anticipado deberán figurar en lugar visible en la historia clínica del paciente, tanto en su versión digital como en papel, de tal manera que cualquier profesional que acceda a ellas no pueda obviar su existencia.

3. Cuando, a pesar del explícito ofrecimiento de información asistencial por parte de los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes, estos rechacen voluntaria y libremente ser informados, se respetará dicha decisión, haciéndoles ver su trascendencia, y se les solicitará que designen una persona que acepte recibir la información y tomar las decisiones en su representación.

Dicha designación se hará por escrito a efectos de dejar constancia en la historia clínica de tal designación. En caso de rechazo como representante por la persona designada, se solicitará que el paciente señale otra, respetando el mismo procedimiento.

4. Cuando la persona que se halla bajo atención sanitaria esté en situación de imposibilidad para la toma de decisiones, a criterio de su médico responsable, esta se ofrecerá, de la forma siguiente:

1.º Tanto la recepción de la información como la prestación del consentimiento y, en su caso, la elección del domicilio para recibir cuidados paliativos integrales, a que se refiere el artículo 8.2, se realizarán, en este orden, por:

a) La persona designada específicamente a tal fin en el documento de instrucciones previas o en otro documento idóneo a tenor del ordenamiento jurídico.

b) La persona que haya sido designada voluntaria o judicialmente para prestarle apoyo en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

c) El cónyuge o la pareja de hecho que conviva con el paciente.

d) El hijo o la hija que sea mayor de edad. Si hubiese varios, serán preferidos los que convivían con la persona afectada y de mayor edad a menor.

e) Los familiares de grado más próximo.

f) En última instancia, quien decida la autoridad judicial.

2.º La situación de imposibilidad para la toma de decisiones no obsta para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de modo adecuado a su grado de discernimiento.

3.º El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación que les imposibilite o dificulte gravemente la toma de decisiones se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal y valores vitales. 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. También se tendrá en cuenta el parecer del equipo sanitario responsable de su atención.

5. El paciente que se encuentra en el proceso final de su vida tendrá derecho a solicitar y disponer de una segunda opinión sobre los cuidados asistenciales y paliativos que puedan contribuir a su bienestar en el proceso final de la vida.

6. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entiende por tal la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes a la persona enferma cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de modo grave. En ningún caso se aplicará esta excepción si el paciente se encuentra en situación terminal, salvo para medidas destinadas a aliviar el sufrimiento. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas

vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Artículo 7. *Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.*

1. Las personas que se encuentren en el proceso final de la vida o que afronten decisiones relacionadas con el mismo tienen derecho a:

- a) Que se respeten sus decisiones respecto a las intervenciones que afecten a dicho proceso.
- b) Que, ante toda intervención diagnóstica o terapéutica, se requiera previamente su consentimiento libre y voluntario o, en su caso, el de su representante, una vez que haya recibido y valorado la información que le corresponda. El consentimiento será verbal por regla general, teniendo en cuenta las excepciones recogidas en el artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y deberá recogerse en el historial clínico.
- c) Aceptar o rechazar su participación en procedimientos experimentales o ensayos clínicos como alternativa terapéutica para su proceso asistencial.
- d) Autorizar de forma expresa las exposiciones públicas del desarrollo de su proceso con fines académicos o de cualquier otro tipo.

2. En todo caso, si el paciente es una persona con discapacidad, la información y documentación preceptiva le serán facilitadas en formatos adecuados, accesibles y comprensibles, con respeto al principio de diseño para todos, garantizándose las medidas de apoyo suficientes para que pueda prestar este consentimiento en igualdad de condiciones con el resto de los pacientes.

Artículo 8. *Derecho a recibir cuidados paliativos integrales y a elegir el lugar donde recibirlos.*

1. Las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a recibir cuidados paliativos integrales de calidad, con el máximo respeto a su autonomía y dignidad, adecuados a la complejidad de la situación que padecen.

2. Se aplicarán sea cual sea el lugar en que se traten las situaciones del final de la vida, ya sea en un hospital, independientemente del departamento o servicio en el que la persona esté siendo tratada, en una institución social, en una residencia, en el domicilio u otros, siempre que esta opción no esté médicamente contraindicada o el lugar elegido no reúna condiciones para prestar estos cuidados.

En todo caso, la consejería competente en materia de sanidad garantizará que los cuidados paliativos que se presten en el domicilio tengan la misma calidad asistencial, acceso y utilización de recursos que los recibidos por pacientes de características similares atendidos en el hospital u otras instituciones.

3. Las familias y las personas cuidadores de los pacientes tendrán derecho, a lo largo de todo el proceso, a recibir apoyo y asistencia, sea cual sea el lugar donde se presten los cuidados.

Artículo 9. *Derecho al acompañamiento.*

1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida, que requieran permanecer ingresados en un centro sanitario o social, tienen derecho a que se les permita el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social y/o por voluntarios de organizaciones sociales.

2. Asimismo, a las personas que se encuentren en el proceso final de su vida se les facilitará recibir, conforme a sus convicciones y sus creencias, asistencia espiritual o religiosa. Las indicaciones sobre este extremo podrán ser objeto de expresión en las instrucciones previas.

3. En caso de requerir sedación paliativa, las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a despedirse de sus familiares y allegados.

Artículo 10. *Derecho a otorgar instrucciones previas.*

1. Toda persona mayor de edad tiene derecho a manifestar anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir en el proceso final de su vida. Esta manifestación de voluntad podrá realizarse mediante documento público o privado que deberá inscribirse en el Registro de Instrucciones Previas de La Rioja.

El documento de instrucciones previas se podrá otorgar de cualquiera de las siguientes maneras:

a) Ante notario.

b) Ante tres testigos debidamente identificados que hayan cumplido 18 años y no se encuentren incapacitados legalmente. Al menos dos de los testigos no podrán tener relación de parentesco con el otorgante hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, ni estar vinculados al mismo por matrimonio o análoga relación de afectividad, ni mantener con él relación patrimonial.

c) Ante el personal al servicio de la Administración general de la Comunidad Autónoma de La Rioja o de sus organismos autónomos, en la forma que se establezca mediante orden dictada por el titular de la consejería competente en materia de salud.

d) Ante un profesional sanitario del ámbito de la atención primaria, hospitalaria o sociosanitaria, preferentemente de los centros de referencia el paciente.

Estas instrucciones deberán figurar en lugar visible en la historia clínica del paciente, tanto en su versión digital como en papel, de tal manera que los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial del paciente no puedan obviar su existencia.

2. En las instrucciones previas, manifestadas en cualquiera de los instrumentos previstos en el apartado anterior, se podrán designar uno o varios representantes y determinar sus funciones y su forma de actuar, solidaria o mancomunadamente. El representante actuará siempre buscando el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represente. En todo caso velará por que, en las situaciones clínicas contempladas en la declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represente haya dejado establecidas.

3. Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en las instrucciones previas, a fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en ese momento con capacidad de expresarla, quien o quienes la representen tendrán en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en dichas instrucciones.

4. Las instrucciones previas podrán ser modificadas o revocadas por el paciente en cualquier momento mediante cualquiera de los medios previstos para su otorgamiento. En todo caso, cuando la persona que se encuentre en el proceso final de la vida conserve su aptitud para tomar decisiones, la voluntad manifestada durante dicho proceso prevalecerá sobre cualquier otra previa.

Artículo 11. *Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.*

1. Toda persona tiene derecho a rechazar el tratamiento, intervención o procedimiento propuestos por los profesionales sanitarios, incluyendo las medidas de soporte vital, tras un proceso de información y decisión libre, voluntaria y consciente, así como a revocar el consentimiento informado emitido respecto de una intervención concreta, lo que implicará necesariamente la interrupción de dicha intervención, aunque ello pueda poner en peligro su vida, salvo en lo previsto, por razones de salud pública, en el artículo 9.2.a) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

2. El rechazo al tratamiento, intervención o procedimiento propuestos por los profesionales sanitarios y la revocación del consentimiento informado deberán constar por escrito. Si la persona no pudiera 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 deberá hacerse constar por escrito en la historia clínica del paciente.

3. El rechazo al tratamiento, intervención o procedimiento, o la decisión de interrumpirlos, en ningún caso supondrá menoscabo alguno en la atención sanitaria de otro tipo que se le dispense, especialmente en lo referido a la destinada a paliar el sufrimiento, aliviar el dolor y los otros síntomas, así como hacer más digno y soportable el proceso final de su vida.

Artículo 12. *Derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas menores de edad.*

1. Las personas menores de edad y, en todo caso, los representantes legales del menor tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y sobre las propuestas terapéuticas de forma adaptada a su edad y a su capacidad de comprensión.

2. Tanto si son hospitalizadas como si no, las personas menores de edad que se encuentren en el proceso final de su vida tendrán derecho a:

a) Ser atendidos, tanto en la recepción como en el seguimiento, de manera individual y, en lo posible, siempre por el mismo equipo de profesionales.

b) Estar acompañados el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, de sus progenitores o de las personas que los sustituyan, quienes participarán como elementos activos de la vida hospitalaria o asistencia domiciliaria, salvo que ello pudiera perjudicar u obstaculizar la aplicación de los tratamientos oportunos.

c) Ser hospitalizados junto a otros menores, evitando en todo lo posible su hospitalización entre personas adultas.

d) Proseguir su formación escolar y a beneficiarse de las enseñanzas del profesorado y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, dará el consentimiento el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, si tiene 12 años cumplidos.

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

4. Del mismo modo, sus progenitores, tutores o guardadores legales tendrán derecho a:

a) Ser informados acerca del estado de salud del menor, sin perjuicio del derecho fundamental de estos últimos a su intimidad en función de su edad, estado afectivo y desarrollo intelectual.

b) Ser informados de las pruebas de detección o de tratamiento que se considere oportuno aplicar al menor y a dar su consentimiento previo para su realización en los términos previstos en los apartados anteriores. En caso de que no prestaran su consentimiento, será la autoridad judicial, previa prescripción facultativa, quien otorgará, en su caso, el consentimiento, primando siempre el bienestar de la persona menor de edad.

TÍTULO II

Deberes del personal sanitario en la atención a la persona con relación al proceso del final de su vida

Artículo 13. *Deberes respecto a la información clínica.*

1. El personal sanitario responsable de la asistencia, en sus respectivos ámbitos de competencia, tiene el deber de facilitar a quien se encuentra en el proceso del final de la vida toda la información clínica de manera

comprensible y en formato accesible.

2. En los casos en que la persona rechace voluntariamente ser informada, se hará todo lo posible para que comprenda la trascendencia de dicha decisión. Si se mantiene el rechazo, se respetará su decisión y se le indicará que puede designar a alguien que le represente para que reciba la información y tome las decisiones en su nombre. Se dejará constancia en su historia clínica de que la información fue emitida y comprendida por la persona o su representante, y de que fue rechazada.

Artículo 14. *Deber de confidencialidad.*

1. En el proceso final de la vida y la toma de decisiones, las personas participantes en el proceso asistencial tienen el deber de observar el respeto a la intimidad y autonomía de la persona, en todo lo que se refiere al acceso a la información y documentación clínica, según lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y en su normativa de desarrollo.

2. Solamente podrá revelarse información confidencial cuando la persona otorgue su consentimiento conforme a lo establecido en las referencias normativas mencionadas en el apartado anterior.

Artículo 15. *Deberes respecto a las voluntades anticipadas o a la planificación anticipada de decisiones.*

1. Todo el personal sanitario está obligado a:

a) Proporcionar a sus pacientes información acerca de su derecho a formular la declaración de voluntades anticipadas o la planificación anticipada de decisiones.

b) Asesorar sobre las ventajas de realizar una planificación anticipada de sus decisiones.

c) Ofrecer y garantizar esta información en el ámbito de la atención primaria.

d) Antes de llevar a cabo cualquier intervención sanitaria en el proceso del final de la vida, comprobar la existencia de voluntades anticipadas y respetar los valores e instrucciones contenidos en las mismas, en los términos previstos en esta ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y restante legislación aplicable.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, si la persona está en el proceso final de la vida y en situación de incapacidad, el equipo asistencial deberá consultar el Registro de Voluntades Anticipadas, dejando constancia de dicha consulta en su historia clínica.

2. Las personas atendidas en instituciones sanitarias o sociales recibirán información por escrito de los derechos, garantías y obligaciones en relación con el derecho a formular voluntades anticipadas.

Artículo 16. *Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas.*

1. El personal sanitario responsable tiene el deber de velar por que el proceso de toma de decisiones se lleve a cabo correctamente y que los deseos expresados previamente por la persona se respeten dentro del marco legal. En caso de minoría de edad de la persona, se respetará siempre el interés superior del menor. Este deber ha de observarse por todo el personal que participe en el proceso asistencial.

2. El personal médico responsable de su asistencia tiene el deber de evaluar la capacidad de participación de la o del paciente en la toma de decisiones hacia y en el proceso final de la vida. Si hay alguna duda sobre su capacidad, esta deberá ser evaluada tal y como se establece en el artículo 18 de la presente ley.

3. El tratamiento analgésico, la sedación y el tratamiento de los síntomas responderán a la evidencia científica, al uso racional de los medicamentos y a la *lex artis ad hoc*. El profesional médico informará de los recursos terapéuticos más adecuados.

4. Si el personal médico responsable discrepa de la voluntad de la persona, deberá motivarlo en su historia clínica y deberá ser contrastada con una segunda opinión médica.

5. Cuando se plantee la sedación paliativa, el personal médico responsable tendrá que:

- a) Haber identificado síntomas refractarios que justifican intervenir sobre el nivel de su consciencia.
- b) Haber informado a la persona, o al representante autorizado si el paciente no cuenta con capacidad para tomar decisiones, sobre la situación en la que se encuentra y sus perspectivas de futuro a corto plazo.
- c) También serán informadas las personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, cuando el paciente lo permita de manera expresa.
- d) Haber llegado al convencimiento de que su demanda es voluntaria y ha sido meditada.

6. Cuando así lo solicite alguna de las personas implicadas en la relación asistencial o ante cualquier discrepancia no resuelta en el proceso final de la vida, se procederá a la consulta al órgano competente en materia de bioética asistencial que corresponda.

Artículo 17. *Deberes respecto a la aplicación de tratamientos de soporte vital en el proceso final de la vida.*

1. El personal médico responsable de la asistencia a la persona en el proceso final de la vida tiene el deber de evitar la obstinación terapéutica.

2. El personal médico responsable de la asistencia a la persona en el proceso final de la vida se conducirá de acuerdo con los protocolos de actuación, que estarán debidamente consensuados y basados en la evidencia científica y en la *lex artis*.

3. Las decisiones sobre el tratamiento a aplicar a una persona en el proceso final de la vida se tomarán de forma conjunta entre el personal médico responsable de su asistencia y se informará a la persona o a su representante, tal como se recoge en los artículos 13 y 15 de esta ley.

4. El personal médico responsable de la asistencia tiene el deber de replantear los objetivos terapéuticos, pautando y administrando el tratamiento paliativo necesario para eliminar el sufrimiento físico o psicológico, con el fin de salvaguardar la dignidad de la persona en el final de la vida.

5. En las situaciones en las que, por lo súbito del proceso patológico, no haya existido una relación asistencial con el personal sanitario, ante procesos agudos con previsión de muerte inminente, la decisión de limitar los tratamientos de soporte vital deberá tomarse de forma conjunta entre el personal médico responsable de la asistencia y se informará a las personas del entorno del paciente.

6. Todos los procesos descritos en los apartados anteriores de este artículo se realizarán de modo transparente y leal, respetando los derechos establecidos en el título I de esta ley. Debe quedar constancia escrita en la historia clínica de todas las actuaciones, así como la identificación del personal sanitario que ha participado.

7. Tener como criterio predominante el interés superior del niño o de la niña (principio rector de la Convención de Derechos del Niño).

Artículo 18. *Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.*

1. El médico responsable valorará si la persona que se halla bajo atención médica pudiera encontrarse en una situación que le impidiera decidir por sí misma. Tal valoración debe hacerse constar, adecuadamente, en la historia clínica. Para determinar dicha 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 otros profesionales implicados, directamente, en la atención de los pacientes. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica. La opinión de las personas del entorno familiar o allegadas también deberá considerarse para completar la información.

3. Una vez establecida la situación de imposibilidad para la toma de decisiones, el médico responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quien deba actuar en representación de la persona, conforme a lo previsto en el artículo 5.4.

Artículo 19. Deberes con las personas que requieran de medidas de apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica.

1. Ante la sospecha de que una persona pueda encontrarse en una situación que le impida decidir por sí misma, el personal sanitario podrá solicitar la opinión de profesionales con implicación en su asistencia sanitaria.

2. La evaluación de la incapacidad *de facto* deberá ser realizada por un o una profesional que no participe directamente en el proceso de toma de decisiones o en su atención médica.

3. En la evaluación de la incapacidad *de facto*, junto a otros criterios que dicha persona considere clínicamente relevantes, se hará mención expresa a las capacidades de entendimiento, de evaluación, de raciocinio y de indicar su elección.

4. Una vez establecida la situación de incapacidad *de facto*, el personal médico responsable dejará constancia de ello en la historia clínica, junto con los datos de quien actúe como representante en la información y toma de decisiones que afecten a la persona evaluada.

Artículo 20. Deberes en relación con el respeto de los valores, creencias y preferencias de las personas.

Todo el personal sanitario implicado en la atención de las personas en el proceso de atención al final de la vida tiene la obligación de respetar sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas.

Artículo 21. Deberes respecto a la formación.

El personal responsable de la atención a la persona en el proceso final de la vida tiene el deber de adquirir y mantener las competencias necesarias, garantizadas mediante la oferta formativa y especializada, de las correspondientes instituciones públicas y privadas, para asegurar el cumplimiento de la presente ley.

TÍTULO III

Garantías que prestan las administraciones e instituciones sanitarias y sociales

Artículo 22. Garantía de los derechos.

1. Las administraciones públicas titulares de centros sanitarios y sociales, así como los centros, aseguradoras e instituciones recogidas en el artículo 2 de esta ley, deberán garantizar, en el ámbito de sus respectivas competencias, el ejercicio de los derechos establecidos en el título I de la presente ley.

2. Las instituciones responsables de la atención directa deberán arbitrar los medios para que los derechos de los pacientes no se vean mermados en ningún caso o eventualidad, incluida la ausencia del profesional o

la profesional, así como cualquier otra causa sobrevenida.

3. La negativa de cualquier profesional sanitario a respetar y garantizar el derecho a una muerte digna se comunicará a la dirección del centro, que deberá tomar las medidas necesarias para garantizar el respeto a la voluntad del paciente y la dignidad de forma sumaria y preferente.

Artículo 23. *Modelo de instrucciones previas.*

La Administración sanitaria competente dispondrá de un modelo de documento de instrucciones previas, con el objeto de facilitar a los otorgantes la correcta expresión de aquellas situaciones sobre las que quieran manifestar su voluntad, así como la adopción de criterios generales sobre la información a los pacientes en las materias reguladas por esta ley.

Artículo 24. *Acompañamiento de los pacientes.*

1. Los centros e instituciones facilitarán a las personas que se encuentren en el proceso final de su vida el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social, compatibilizando este con el conjunto de medidas sanitarias necesarias, para ofrecer una atención de calidad a los pacientes.

2. Los centros e instituciones 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 auxilio espiritual, conforme a sus convicciones y creencias, procurando, en todo caso, que las mismas no interfieran con las actuaciones del equipo.

3. Los centros y las instituciones facilitarán la participación del voluntariado, adscrito a organizaciones sociales sin ánimo de lucro, en el acompañamiento del paciente, sus familiares o personas cercanas que cuidan de la persona enferma, en el proceso final de la vida. El acompañamiento por voluntarios solo se realizará si el paciente o sus representantes dan su consentimiento, y podrá darse en los centros sanitarios, sociales y/o en el domicilio del paciente.

Artículo 25. *Apoyo a la familia y a las personas cuidadoras.*

1. Los centros e instituciones prestarán apoyo y asistencia a las personas cuidadoras y a las familias de pacientes en el proceso final de la vida, tanto en su domicilio como en los centros sanitarios y sociales.

2. Los centros e instituciones prestarán una atención en el duelo a la familia y a las personas cuidadoras y promoverán medidas para la aceptación de la muerte de un ser querido y la prevención de situaciones calificadas como de duelo patológico.

Artículo 26. *Asesoramiento en cuidados paliativos.*

1. Se garantizará a los pacientes en el proceso final de su vida asesoramiento sobre los objetivos de los cuidados paliativos que recibirán, de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

2. Los centros sanitarios y sociales garantizarán la necesaria coordinación en la información y asesoramiento en cuidados paliativos entre los diferentes equipos de profesionales.

Artículo 27. *Estancia en habitación individual.*

Los centros e instituciones garantizarán a las personas en el proceso final de su vida, que requieran ser atendidos en régimen de hospitalización, una habitación individual durante su estancia, con el nivel de atención, cuidado e intimidad que requiera su estado de salud.

Artículo 28. *Comités de bioética asistencial.*

1. 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 final de su vida, que no se hayan podido resolver mediante acuerdo entre las partes, se solicitará asesoramiento al comité de bioética asistencial correspondiente, que podrá proponer alternativas o soluciones éticas a aquellas decisiones clínicas controvertidas.

2. Cuando el motivo de la consulta tenga que resolverse con carácter urgente, el comité establecerá los medios necesarios para emitir su resolución en el plazo máximo que se determinará por vía de reglamento y que no será superior a cuarenta y ocho horas.

3. Las personas que integran los comités de bioética asistencial estarán obligadas a guardar secreto sobre el contenido de las deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas próximas, hayan podido conocer con motivo del ejercicio de sus funciones.

TÍTULO V

Infracciones y sanciones

Artículo 29. *Disposiciones generales.*

1. Sin perjuicio de lo previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud, de La Rioja, 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 procedimiento y trámite de audiencia, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional, administrativa o laboral procedentes en derecho.

2. De conformidad con lo previsto en los artículos 25 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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 concurrido dolo o culpa.

Artículo 30. *Infracciones leves.*

Constituye infracción leve el incumplimiento de cualquier obligación o prohibición prevista en esta ley, salvo que sea calificada, de acuerdo con los artículos siguientes, de mayor gravedad.

Artículo 31. *Infracciones graves.*

Son infracciones graves:

1. Incumplir las normas relativas a la cumplimentación de los datos clínicos.
2. Impedir el acompañamiento en el proceso de morir, salvo que concurran circunstancias clínicas que así lo justifiquen.
3. Obstaculizar o impedir el disfrute de cualesquiera de los derechos reconocidos en el título I de esta ley o incumplir cualesquiera de los deberes establecidos en el título II de esta ley.

Artículo 32. *Infracciones muy graves.*

Son infracciones muy graves:

1. Obstaculizar o impedir de manera reiterada el disfrute de cualesquiera de los derechos reconocidos

en el título I de esta ley.

2. Incumplir de manera reiterada cualesquiera de los deberes establecidos en el título II de esta ley.

Artículo 33. Sanciones.

1. Las infracciones contempladas en esta ley serán objeto de las sanciones administrativas y económicas previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y con multas de acuerdo con la siguiente graduación:

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

2. Si los mismos hechos sancionables fueran constitutivos de infracción disciplinaria conforme a lo previsto en el correspondiente estatuto jurídico del personal sanitario, podrán sancionarse como tal falta disciplinaria en los términos previstos en dicha legislación.

3. Sin perjuicio de la sanción económica que pudiera corresponder, en los supuestos de infracciones muy graves se podrá acordar por la consejería con competencias en materia de sanidad la revocación de la autorización concedida para la actividad en centros y establecimientos sanitarios.

Artículo 34. Competencia.

El ejercicio de la potestad sancionadora corresponderá a los órganos de la consejería competente en materia de sanidad, en los términos que se determinen reglamentariamente, sin perjuicio de la competencia atribuida al Gobierno de La Rioja.

TÍTULO VI

Evaluación del cumplimiento de la ley

Artículo 35. Difusión de la ley.

La consejería con competencias en materia de sanidad promoverá entre el personal sanitario y la ciudadanía en general el conocimiento de esta ley, estableciendo para ello los instrumentos necesarios de coordinación con el resto de las instituciones implicadas en la atención de las personas en el proceso al final de la vida.

Artículo 36. Coordinación para la educación sanitaria de la ciudadanía sobre el proceso al final de la vida.

1. El Gobierno de La Rioja establecerá los mecanismos adecuados de coordinación intersectorial para proporcionar en todos los ámbitos, incluido el educativo, las medidas necesarias que promuevan la formación de la ciudadanía en esta materia, especialmente dirigida a pacientes, acompañantes, personal voluntario y familiares de las personas al final de su vida.

2. El Gobierno de La Rioja establecerá los mecanismos de coordinación necesarios entre las diferentes administraciones públicas, instituciones sanitarias y sociales para dar cumplimiento a lo establecido en la presente ley.

Artículo 37. Equidad en los cuidados al final de la vida.

El Gobierno de La Rioja promoverá las medidas necesarias para evaluar la equidad en el acceso a toda la ciudadanía al ejercicio de los derechos relativos al proceso final de la vida, con independencia de su lugar de residencia y departamentos de salud.

Artículo 38. Investigación en atención paliativa y al final de la vida.

La consejería con competencias en materia de investigación en salud potenciará el estudio y la innovación en el ámbito de la atención paliativa y al final de la vida como instrumento de mejora de la calidad asistencial.

Artículo 39. Observatorio Riojano de la Muerte Digna.

1. Se crea el Observatorio Riojano de la Muerte Digna con el objeto de valorar el grado de cumplimiento de los derechos reconocidos en la presente ley.

2. Serán miembros del Observatorio Riojano de la Muerte Digna, de conformidad con lo que se establezca reglamentariamente, las sociedades científicas, los representantes de la Administración y de entidades relacionadas con enfermedades de pronóstico grave, así como representantes de entidades cuyo ámbito de actuación sea el comprendido en la presente ley.

3. Todos los centros y entidades del ámbito de aplicación de esta ley tendrán la obligación de designar a una persona que deberá velar por el seguimiento de la adecuada implementación de lo dispuesto en la presente ley y que actuará bajo la coordinación del Observatorio Riojano de la Muerte Digna.

4. El Observatorio Riojano de la Muerte Digna tendrá entre sus funciones la de evaluar, emitir recomendaciones o establecer las medidas que se consideren oportunas para garantizar lo establecido en la presente ley.

5. El Observatorio Riojano de la Muerte Digna emitirá informes, con una periodicidad máxima de dos años, con las recomendaciones y medidas que se consideren oportunas para garantizar lo establecido en esta ley. Los informes serán públicos.

Disposición adicional primera.

Para el mejor cumplimiento de lo establecido en la presente ley, la consejería competente en materia de sanidad, en relación a la prestación de cuidados paliativos, proporcionará una formación específica y continua a sus profesionales en su ámbito, y promoverá las medidas necesarias para disponer del número y dotación adecuados de unidades de cuidados paliativos, incluidas las unidades de cuidados paliativos infantiles y equipos de soporte, tanto para su prestación en régimen de internamiento hospitalario como en asistencia domiciliaria.

Disposición adicional segunda.

El desarrollo de los objetivos generales de esta ley es prioritario, por lo que deberá estar incluido en los objetivos asistenciales de las instituciones sanitarias públicas y en los criterios mínimos exigibles para la sanidad privada.

Tanto en el ámbito público como en el privado, corresponde a las/los gestores sanitarios velar por que se elaboren planes para el desarrollo de la atención al final de la vida. Dentro de las instituciones sanitarias públicas, los servicios y diversos ámbitos asistenciales deberán elaborar dichos planes, y su puesta en práctica será un objetivo de primer orden en la valoración de la consecución de sus fines. Dentro de dicha planificación deberán prioritariamente contemplarse e integrarse los mecanismos de coordinación entre la atención primaria y la hospitalaria.

Disposición transitoria primera. Consulta al Registro de Voluntades Anticipadas.

El personal sanitario responsable de quienes se encuentren en el proceso del final de la vida estará obligado a consultar el Registro de Voluntades Anticipadas, en tanto dicho contenido no se halle incorporado en la historia clínica.

Disposición transitoria segunda. *Plazo para la dotación de habitaciones individuales.*

Las administraciones públicas titulares de centros sanitarios y sociales, así como las instituciones recogidas en el artículo 2 de esta ley, dispondrán del plazo de un año, a partir de la publicación de la presente ley, para dotarse de habitaciones individuales, a los efectos previstos en el artículo 27.

Disposición derogatoria única. *Derogación.*

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que contravengan lo dispuesto en esta ley y, de forma expresa, la Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad.

Disposición final primera. *Desarrollo reglamentario y cumplimiento de los objetivos.*

Se faculta al Gobierno de La Rioja para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean necesarias para el desarrollo y ejecución de lo dispuesto en la presente ley.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

Esta ley entrará en vigor en el plazo de dos meses a partir del día siguiente al de su publicación en el *Boletín Oficial de La Rioja*.

Logroño, 26 de diciembre de 2024. El portavoz del Grupo Parlamentario Socialista: Javier García Ibáñez.

11L/PL-0009 - 1113417. Proyecto de Ley del paisaje de La Rioja.

Gobierno de La Rioja.

La Mesa de la Comisión de Agricultura, Ganadería, Mundo Rural y Medio Ambiente del Parlamento de La Rioja, celebrada el día 4 de febrero de 2025, una vez examinada la enmienda a la totalidad de devolución presentada al proyecto de ley por el Grupo Parlamentario Socialista, con registro de entrada número 13800, de fecha 30 de diciembre de 2024, en ejercicio de la competencia atribuida por el artículo 93 del Reglamento de la Cámara y de conformidad con lo dispuesto en dicho artículo, acuerda:

Primero. Calificar y admitir a trámite la enmienda a la totalidad por la que se solicita la devolución al Gobierno del proyecto de Ley del paisaje de La Rioja.

Segundo. Comunicar el presente acuerdo a la presidenta de la Cámara para que ordene la publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de La Rioja de la enmienda a la totalidad calificada y admitida a trámite, de conformidad con lo previsto en los artículos 81.1 y 93.3 del Reglamento de la Cámara.

En ejecución de dicho acuerdo y de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de la Cámara, dispongo su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de La Rioja.

Logroño, 4 de febrero de 2025. La presidenta del Parlamento: Marta Fernández Cornago.

A la Mesa de la Comisión de Agricultura, Ganadería, Mundo Rural y Medio Ambiente
Javier García Ibáñez, portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, de acuerdo con lo previsto en el

Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente enmienda a la totalidad al proyecto de Ley del paisaje de La Rioja (11L/PL-0009):

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El texto del proyecto de ley para la protección del paisaje de La Rioja presentado por el Gobierno de La Rioja ante este Parlamento contiene defectos graves en su planteamiento y en la técnica legislativa, incluido un defectuoso reparto competencial y de responsabilidades.

No han sido tomadas en cuenta aportaciones fundamentales realizadas por diferentes colectivos y agentes sociales que consideramos esenciales para definir un texto apropiado. Tampoco han sido tenidas en cuenta algunas de las apreciaciones contenidas en el dictamen elaborado por el Consejo Consultivo de La Rioja.

El texto presentado adolece de concreción para los promotores de proyectos en suelo no urbanizable, lo que deriva en una gran inseguridad jurídica y cargas innecesarias, así como duplicaciones para la Administración pública.

De su detenida lectura se destila que no ha sido concebida para proteger el paisaje de La Rioja, sino con el único interés de impedir el desarrollo de las energías renovables.

Es un texto dirigido en su planteamiento y en sus apelaciones directas contra proyectos eólicos y fotovoltaicos y, sin embargo, que protege grandes iniciativas homogeneizadoras del paisaje que pueden ser mucho más dañinas, cuando no están bien planteadas, y transformar radicalmente el paisaje.

Es un proyecto de ley que confunde la descripción del marco internacional y europeo, el Consejo de Europa con la Unión Europea, instituciones totalmente diferentes, llegando a afirmar que el Convenio Europeo del Paisaje y sus elementos de desarrollo, en el marco del Consejo de Europa, son convenios en el marco de la UE; un error que puede ser entendible en estudiantes de primero de Derecho o RR. II., pero grave para un Gobierno autonómico, y demuestra el poco sustento técnico con el que se ha desarrollado el proyecto de ley.

El proyecto de ley en su exposición de motivos ignora en el repaso que hace de legislación con incidencia en el paisaje la Ley 2/2023, de biodiversidad y patrimonio natural de La Rioja, que incluso lleva en su articulado la figura de protección de espacios naturales "Paisaje Protegido". Se llega incluso a afirmar que "La Rioja carecía de una norma de rango legal que protegiera el paisaje", lo que no es cierto a tenor de esa mencionada ley y de otras, como la Directriz de Protección del Suelo No Urbanizable (DPSNU).

También se ignora la Estrategia del Paisaje de La Rioja, aprobada por el Gobierno de La Rioja en 2023 y que incluía el compromiso de aprobar una Ley del paisaje para La Rioja (página 30 de la Estrategia). Ambas omisiones de medidas del anterior Gobierno, tan importantes para el paisaje riojano, son la muestra evidente de que esta ley no busca de verdad proteger el paisaje, sino únicamente dificultar la instalación de iniciativas de generación eléctrica no contaminantes.

Por todo ello, es necesario que el Parlamento de La Rioja devuelva este proyecto de ley al Gobierno de La Rioja, para que se elabore una nueva redacción de este en la que se respete el derecho europeo, las buenas praxis legislativas, en el objetivo de llegar al verdadero fin, que no es otro que proteger de forma efectiva el paisaje de La Rioja.

Por todo lo anterior, el Grupo Parlamentario Socialista presenta enmienda a la totalidad al proyecto de Ley del paisaje de La Rioja, solicitando su devolución al Gobierno de La Rioja y requiriéndole que elabore y presente a este Parlamento otro proyecto de ley que mejore la técnica legislativa, el reparto de competencias y responsabilidades, la seguridad jurídica, evitando cargas innecesarias y duplicaciones y ampliando sus objetivos más allá de regular la instalación de energías renovables no contaminantes.

Logroño, 30 de diciembre de 2024. El portavoz del Grupo Parlamentario Socialista: Javier García Ibáñez.



BOLETÍN OFICIAL DEL PARLAMENTO DE LA RIOJA

Edita: Servicio de Publicaciones

C/ Marqués de San Nicolás 111, 26001 Logroño

Tfno. (+34) 941 20 40 33 – Ext. 2310

Fax (+34) 941 21 00 40