

SECCIÓN “B”, TEXTOS EN TRÁMITE

2. Propositiones de ley

a) Texto que se propone

Orden de publicación

La Mesa de la Cámara, en sesión celebrada el día 30 de junio de 2022, ha admitido a trámite la Proposición de ley número 41, de cuidados paliativos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, formulada por el G.P. Vox, y ordenado, al amparo de lo dispuesto en el artículo 124.4 del Reglamento de la Cámara, su publicación en el Boletín Oficial de la Asamblea.

PROPOSICIÓN DE LEY 41, DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA, FORMULADA POR EL G.P. VOX.

Juan José Liarte Pedreño, Portavoz del Grupo Parlamentario Vox, al amparo de lo previsto en el artículo 122 y siguientes del vigente Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente Proposición de ley de cuidados paliativos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

La presente Proposición de ley consta de una exposición de motivos, cinco títulos, veintisiete artículos, tres disposiciones adicionales, una derogatoria y dos finales.

Cartagena, 22 de junio de 2022.- El portavoz, Juan José Liarte Pedreño.

PROPOSICIÓN DE LEY DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Las administraciones públicas, dentro de sus posibilidades y competencias, han de garantizar la humanización de la calidad de vida de los enfermos en situación terminal, así como del apoyo a sus familiares. El camino pasa, necesariamente, por financiar, dotar de recursos, promover y poner en práctica una medicina paliativa eficaz; una serie de procedimientos que den respuesta a situaciones de enfermedad terminal, en el próximo e inevitable del final natural de la vida. En esos trágicos momentos para el enfermo y su familia se requiere que se les brinde una respuesta social que sea solidaria y no egoísta, esto es, un trato digno y adecuado que les permita paliar, aliviar y atenuar el dolor y el sufrimiento de la enfermedad, así como la angustia de acompañar a un ser querido en esos instantes.

El derecho a la salud y a los cuidados paliativos proviene, en último término, del propio derecho a la vida, del que emanan todos los demás derechos fundamentales. En base a ello, el artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad».

El derecho a la salud está consagrado y reconocido en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. Algunos ejemplos relevantes son:

a. Tratados internacionales: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1966; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la

mujer, 1979; Convención sobre los derechos del niño, 1989.

b. Tratados regionales: Carta Social Europea, 1961; Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 1981; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), 1988.

Posiblemente uno de los tratados más relevantes en el ámbito del derecho a la salud es el PIDESC, ratificado por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, que en su artículo 12 especifica que:

"Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".

Posteriormente, en el año 2000, se acordó una «Observación General sobre el Derecho a la Salud» que explicitaba que el derecho a la salud se relaciona con el derecho fundamental de cada persona a la vida, y a vivir con dignidad. Esta observación general obliga a los estados a que el derecho a la salud se resulte:

Disponible: Los recursos sanitarios han de estar accesibles en todo el territorio del estado, con disponibilidad de agua, electricidad, personal formado y medicinas esenciales.

Accesible: Los recursos sanitarios deben ser próximos a la comunidad a la que van destinados y no estar limitados por cuestiones de capacidad económica de las personas. Del mismo modo, pacientes y familiares deben tener acceso a la información y formación sanitaria.

Aceptable: Los recursos sanitarios han de dispensar una atención acorde con la cultura y las prácticas de la comunidad.

De calidad: Calidad tanto en la formación médica y científica del personal que atiende sanitariamente a la población, como en la disposición del equipamiento y número de personal adecuado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge y reconoce desde su fundación el derecho a la salud. El derecho a la salud implica que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible.

II. Regulación básica estatal y competencia autonómica.

La Constitución española reconoce en el artículo 43 y concreta en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) los principios de financiación pública, universalidad y gratuidad; su descentralización autonómica y su integración en el Sistema Nacional de Salud (SNS). En definitiva, todas las personas tienen derecho a una atención sanitaria de calidad en condiciones de igualdad. En España ya se ha tenido ocasión de dar pasos y avances en esta línea, habiéndose adoptado previsiones sobre una necesidad, que ha resultado patente. Destaca especialmente el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, aprobado por el Pleno del Congreso Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de 18 de diciembre de 2000.

El Gobierno de la Región de Murcia estableció en octubre de 2007 un Plan Integral de Cuidados Paliativos, en el cual se preveía que, ante la evolución de la población de la Comunidad Autónoma de Murcia, y su progresivo envejecimiento, así como la diversidad de modelos organizativos en las diferentes Áreas de Salud y la falta de un desarrollo homogéneo en esta atención, se ponía de manifiesto la necesidad de establecer un plan de cuidados paliativos para nuestra Región que respondiera a los siguientes requisitos básicos:

- Definir un modelo organizativo básico para nuestro sistema sanitario, centrado en la atención a las necesidades del paciente y de la unidad familiar.

- Facilitar una atención sanitaria integral, englobando tanto la atención primaria como la atención especializada, junto a equipos específicos en ambos niveles asistenciales, que colaboren de forma continuada y coordinada en la prestación de los cuidados paliativos.

- Mejorar los niveles de cobertura actuales, garantizando un acceso universal y equitativo a esta prestación en nuestra Comunidad.

- Ofrecer a los profesionales sanitarios adecuar sus conocimientos y habilidades en el tratamiento de estos pacientes e impulsar la investigación en relación con los cuidados paliativos.

- Asegurar el respeto a la autonomía del paciente y garantizar el ejercicio de sus derechos, como usuario de la sanidad pública.

- Fomentar la información y la formación sanitaria del paciente y de sus familiares, como forma más eficaz y humana para afrontar la evolución de la enfermedad.

- Apoyar a la familia, como cuidadora del paciente y el domicilio como el lugar más apropiado para su atención en fase terminal.

El Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Región de Murcia se inscribe en el marco legislativo de La Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia. Así como dentro del propio marco de la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, que regula con carácter general el derecho a la protección de la salud, la calidad de vida y la atención al ciudadano.

III. Estructura y contenido de la ley.

La presente ley se estructura en cinco títulos, con un total de 27 artículos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales.

Título Primero.- Se articulan las disposiciones generales, concretando el objeto, finalidad, principios informadores, ámbito de aplicación y las definiciones que esclarecen e ilustran sobre los principales objetos que inspiran esta proposición de ley: salud, cuidados paliativos y situación de enfermedad terminal.

Título Segundo.- Se regulan los derechos de los pacientes de enfermedades terminales y de sus familiares y personas allegadas, y entre ellos: derecho a recibir cuidados paliativos integrales, derecho a la información sanitaria, derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado, a otorgar instrucciones previas, y a revocar o modificar estas, derecho al tratamiento del dolor y derecho a la intimidad personal y familiar y al acompañamiento.

Título Tercero.- Regula la organización y estructura de los servicios asistenciales paliativos, que se estructurará en tres niveles:

- Atención Primaria de Servicios Asistenciales Paliativos.

- Atención Hospitalaria de Servicios Asistenciales Paliativos.

- Atención Domiciliaria de Servicios Asistenciales Paliativos.

Título Cuarto.- Se establecen los deberes y garantías de la administración sanitaria regional: deberes del personal asistencial, apoyo a las familias y a las personas cuidadoras, formación en cuidados paliativos, voluntariado, ayudas sociales y garantías para el efectivo respeto de los derechos de los pacientes paliativos.

Título Quinto.- Regula el régimen sancionador, estableciendo las disposiciones generales y la descripción de las infracciones leves, graves y muy graves, las sanciones que correspondan a cada tipo de infracción, la competencia y el procedimiento sancionador.

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto.

Esta ley tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona durante el final natural de la vida y preservar su dignidad, los deberes del personal sanitario y asistencial que atiende a estas personas y a su familia, así como las garantías y medios que las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas, y otras entidades estarán obligadas a proporcionar con respecto al final natural de la vida.

Artículo 2. Finalidad.

La presente ley tiene como finalidad:

- a. Identificar los pacientes a quienes deban prestarse los cuidados paliativos.
- b. Establecer los derechos y obligaciones de los pacientes paliativos y sus familiares.
- c. Establecer los niveles de atención de los cuidados paliativos, según las necesidades del paciente y sus familiares.
- d. Determinar la asistencia económica que permita una adecuada atención continuada y de calidad, en materia de cuidados paliativos.

Artículo 3. Principios informadores.

Son principios informadores de la presente ley los siguientes:

- a. La defensa del derecho a la vida, en la fase final de la misma, en cuanto derecho fundamental y presupuesto ontológico de los restantes derechos de la persona.
- b. El respeto y protección de la dignidad de la persona en los últimos momentos de su vida.
- c. El derecho del paciente al alivio al dolor y el sufrimiento (social, psicológico, espiritual, etcétera), así como a la obtención de los fármacos indispensables para controlarlo.
- d. El reconocimiento de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales de calidad.
- e. La asistencia a los pacientes en fase terminal de enfermedades graves e incurables y a sus familiares, para afrontar dignamente el proceso del final de la vida.

Artículo 4. Ámbito de aplicación.

La presente ley regula la asistencia paliativa a pacientes acreedores de la misma y sus familiares, tanto por el Servicio Murciano de Salud como por instituciones y centros asistenciales, tanto públicos como privados, entidades aseguradoras y mutualistas, que presten dicha asistencia en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

De igual modo, será de aplicación al personal sanitario y asistencial, y a las personas implicadas en el cuidado, tratamiento y toma de decisiones relacionadas con los cuidados paliativos integrales de los pacientes a los que tales cuidados se presten.

Artículo 5. Definiciones.

A los efectos de la presente ley, se estará a las siguientes definiciones:

Salud: Según la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Cuidados paliativos: asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un

equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. En aquellos casos en que resulte necesario el apoyo debe incluir el proceso de duelo (5 mayo 1991. Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE).

Situación de Enfermedad terminal: Aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes, con la presencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses. Dicha situación genera una gran demanda de atención, en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del bienestar y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación.

TÍTULO II

DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES DE ENFERMEDADES TERMINALES O CON LIMITACIÓN EN SU CALIDAD DE VIDA Y DE SUS FAMILIARES Y PERSONAS ALLEGADAS

Artículo 6. Derecho a recibir cuidados paliativos integrales.

1. Las personas con enfermedades terminales, con grave e irreversible limitación en su calidad de vida, tienen derecho a recibir cuidados paliativos integrales del personal interdisciplinario del correspondiente equipo, adecuados a su situación y estado clínico.

2. Dichos cuidados paliativos se prestarán en el nivel que corresponda, según lo dispuesto en el Título III de la presente ley, y atendiendo en cada momento a la preferencia manifestada por el propio paciente, sus representantes o familiares, mediante la correspondiente coordinación entre los medios sanitarios y sociales.

3. La atención paliativa será extensible, en la medida que así se requiera y solicite, a los familiares y personas allegadas del paciente, y se prolongará tras el fallecimiento, durante el proceso de duelo.

Artículo 7. Derecho a la información sanitaria.

1. Los pacientes de atención paliativa, sus representantes y familiares, tienen derecho a obtener cumplida información terapéutica, sanitaria y asistencial, en los términos establecidos, en materia de información y documentación clínica, por la legislación básica estatal y la legislación autonómica de desarrollo.

2. Proporcionando información clara, veraz y suficiente sobre el estado del paciente y los objetivos terapéuticos, de acuerdo a las necesidades, deseos, valores y preferencias.

Artículo 8. Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado, a otorgar instrucciones previas y a revocar o modificar estas.

En cuanto a los derechos a tomar decisiones y al consentimiento informado, a otorgar instrucciones previas y a revocar o modificar estas, se estará a lo dispuesto en la legislación básica estatal en la materia y en la legislación autonómica de desarrollo de dicha normativa estatal.

Artículo 9. Derecho al tratamiento del dolor.

Los pacientes paliativos tienen derecho a un adecuado tratamiento que prevenga y alivie el dolor

físico, a todo tipo de sufrimiento psicológico, espiritual y social, así como a la dispensación de los fármacos imprescindibles para controlarlo, manteniendo los calmantes, la hidratación, la nutrición y las curas ordinarias necesarias hasta el final natural de la vida.

Artículo 10. Derecho a la intimidad personal y familiar y al acompañamiento.

1. Los pacientes paliativos tienen derecho a que se preserve su intimidad personal y familiar y, cuando la asistencia se preste en régimen de internamiento hospitalario, a disponer de acompañamiento familiar permanente, salvo que ello impida o menoscabe la aplicación del tratamiento paliativo oportuno.

2. Los pacientes paliativos que se encuentren en régimen de internamiento hospitalario tendrán derecho, en el proceso final de su vida, a la utilización de habitación de uso individual, que permita disponer de un espacio íntimo donde compartir los últimos momentos de su vida con sus familiares y allegados.

3. Los pacientes paliativos tendrán igualmente derecho a recibir asistencia religiosa y espiritual, de acuerdo con sus convicciones y creencias, así como a la asistencia psicológica de su acompañante.

TÍTULO III

ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PALIATIVOS

Artículo 11. Organización de los Servicios Asistenciales Paliativos.

1. La asistencia paliativa se estructura en los siguientes niveles:

- Atención Primaria de Servicios Asistenciales Paliativos.
- Atención Hospitalaria de Servicios Asistenciales Paliativos.
- Atención Domiciliaria de Servicios Asistenciales Paliativos.

2. Cada uno de los referidos niveles asistenciales contará, en cada una de las Áreas de Salud, con los correspondientes equipos interdisciplinarios, integrados por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores y asistentes sociales, y el personal administrativo preciso para dar una completa y adecuada cobertura a los servicios asistenciales paliativos establecidos en la presente ley.

Se implantará, al menos, un equipo psicosocial por cada 100.000 habitantes, dedicado a la atención del paciente paliativo en cada una de las Áreas de Salud.

3. La consejería competente en materia de salud implantará también un servicio de atención telefónica especializado por áreas de salud, disponible las 24 horas del día, para la atención de los pacientes paliativos y sus familiares.

Artículo 12. Atención Primaria de Servicios Asistenciales Paliativos.

La Atención Primaria constituye el nivel básico de atención al paciente paliativo, siendo sus funciones fundamentales las siguientes:

La valoración de síntomas, tanto físicos como psíquicos, sociales y también espirituales, en el sentido paliativo, adaptado a la historia personal de cada paciente y orientados a la determinación del tratamiento.

El alivio de síntomas y del dolor físico.

La atención domiciliaria.

La coordinación con los otros niveles.

Artículo 13. Atención Hospitalaria de Servicios Asistenciales Paliativos.

La Atención Hospitalaria es la prestada a pacientes que, por su estado clínico y la asistencia que requieren, precisan de internamiento en un centro hospitalario.

Existirá, al menos, un hospital de referencia en cada Área de Salud, debiendo disponer de una Unidad de Cuidados Paliativos, dotada de los medios necesarios para atender a los pacientes paliativos, con un mínimo autonómico de 75 camas específicas para tales pacientes, en habitación individual, que garantice la intimidad del paciente y la presencia permanente de sus familiares y allegados.

De igual modo, se dispondrá un equipo interdisciplinar de cuidados paliativos en todos los hospitales que dispongan de más de 250 camas; equipos que servirán de apoyo a los hospitales de la correspondiente Área de Salud de menor capacidad.

Las funciones de estos equipos serán las siguientes:

- La atención integral, entendida como visión holística de la persona, que comprende aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del paciente paliativo.

- La coordinación con los restantes niveles y servicios asistenciales, tanto sanitarios como sociales.

- El alivio de síntomas y del dolor físico.

- La gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación.

El ingreso de pacientes paliativos, cuando precisen hospitalización, se facilitará desde la Unidad de Cuidados Paliativos, cuando exista y disponga de camas, o en camas de servicios hospitalarios convencionales o especializados, mediante un procedimiento previamente establecido al margen del circuito de atención de urgencias.

Artículo 14. Atención Domiciliaria de Servicios Asistenciales Paliativos.

La Atención domiciliaria se prestará, por el Equipo de Atención Primaria, a aquellos pacientes que no requieran de Atención Hospitalaria, o hayan manifestado su preferencia por este nivel asistencial, siendo sus funciones fundamentales las siguientes:

- La valoración integral de los pacientes paliativos y sus familiares y allegados.

- La atención al paciente paliativo en todos los ámbitos de protección.

- La atención y apoyo familiar.

- La información y educación sanitaria a los pacientes y sus familiares y cuidadores.

- La gestión de las derivaciones adecuadas a cada situación.

TÍTULO IV

DEBERES Y GARANTÍAS DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA REGIONAL

Artículo 15. Deberes del personal asistencial.

De conformidad con las previsiones del Título II de la presente ley, el personal asistencial tendrá, además de los que resulten del ejercicio de su función y del estatuto orgánico de su profesión, los siguientes deberes y obligaciones:

- Deber de prestar una asistencia paliativa de calidad, adecuada a la situación y estado clínico del paciente.

- Deber de información asistencial permanente, en términos claros y comprensibles para el paciente y sus familiares.

- Deber de confidencialidad de los datos sensibles de los pacientes.

- Deber de respeto a la toma de decisiones del paciente, al consentimiento informado y a las

instrucciones previas otorgadas.

Artículo 16. Apoyo a las familias y a las personas cuidadoras.

En el marco de la planificación general del sistema regional de salud y servicios sociales, la Administración autonómica procurará los medios pertinentes para que los familiares y cuidadores de pacientes paliativos reciban una adecuada ayuda y asistencia.

Artículo 17. Formación en cuidados paliativos.

La Administración regional velará por la implantación de programas formativos específicos de cuidados paliativos, que permitan la formación, especialización y alta cualificación de los profesionales que hayan de prestar la asistencia en este campo.

Artículo 18. Voluntariado.

La Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia promoverá la participación del voluntariado en la asistencia de los pacientes paliativos y sus familiares.

A tal efecto, las Áreas de Salud organizarán, directamente, y en colaboración con entidades y asociaciones de voluntarios, los correspondientes equipos de voluntariado, elaborando planes de formación de asistencia paliativa del personal voluntario, y distribuyendo las tareas asistenciales de dicho personal.

En cuanto al régimen de derechos y obligaciones del personal voluntario, se estará a lo dispuesto en la Ley 5/2004, de 22 de octubre, del Voluntariado de la Región de Murcia.

Artículo 19. Ayudas sociales.

La Administración regional convocará anualmente programas de ayudas para los pacientes paliativos con escasos niveles de renta que precisen de asistencia domiciliaria.

De igual modo, podrán concederse subvenciones, conforme a la normativa en materia de subvenciones aplicable, a las asociaciones, fundaciones, entidades e instituciones sin ánimo de lucro cuyo objeto sea la atención y asistencia a pacientes paliativos, y que desarrollen programas asistenciales dirigidos a paliar las situaciones de estos pacientes y organicen actividades de formación e información de la sociedad murciana en relación a los cuidados paliativos a través de campañas de concienciación ciudadana.

Artículo 20. Garantías para el efectivo respeto de los derechos de los pacientes paliativos.

La Administración Regional competente en materia de salud organizará la vigilancia y supervisión del cumplimiento de lo dispuesto en esta ley, de las medidas relacionadas con ella reguladas en la legislación nacional y autonómica, atendiendo a criterios de calidad y otros factores relevantes de evaluación.

TÍTULO V RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONADOR

Artículo 21. Disposiciones generales.

Sin perjuicio de lo previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, 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 correspondiente procedimiento. 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 22. Infracciones leves.

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

Artículo 23. 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 los cuidados paliativos al final de la vida, salvo que concurren circunstancias clínicas y/o epidemiológicas que así lo justifiquen.
3. Obstaculizar o impedir el disfrute de cualesquiera de los derechos reconocidos en el título II de esta ley, o incumplir cualesquiera de los deberes establecidos en el título IV de esta ley.

Artículo 24. 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 II de esta ley.
2. Incumplir de manera reiterada cualesquiera de los deberes establecidos en el título IV de esta ley.

Artículo 25. Sanciones.

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 las que expresamente prevé este artículo.

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

Además 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 26. Competencia.

El ejercicio de la potestad sancionadora corresponde a los órganos de la consejería competente en materia de salud, en los términos que se determinen reglamentariamente.

Artículo 27. Procedimiento.

El procedimiento sancionador se regirá por lo dispuesto en la legislación básica estatal sobre Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

El plazo para la notificación de la resolución de los procedimientos sancionadores será de seis meses, transcurrido el cual sin que se produzca aquella se dictará resolución declarando la caducidad del procedimiento y ordenando el archivo de las actuaciones con los efectos previstos en la legislación vigente.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera.- Evaluación sobre el grado de cumplimiento de la presente ley.

La consejería competente en materia de salud elaborará anualmente un estudio sobre el grado de cumplimiento de la presente ley y el nivel de satisfacción de los usuarios de la asistencia paliativa. Dicho estudio será remitido a la Asamblea Regional de Murcia para su conocimiento.

Segunda.- Difusión de los derechos reconocidos en la ley.

La consejería competente en materia de salud establecerá los mecanismos de divulgación oportunos para el conocimiento por los ciudadanos de los derechos reconocidos en la presente ley, prestando especial atención a la información sobre las ventajas de acudir a los instrumentos paliativos establecidos en la misma.

Tercera.- Formación en materia de cuidados paliativos.

Las consejerías competentes en materia de sanidad y educación velarán por la formación sobre cuidados paliativos, cuidando de la elaboración y aplicación de programas formativos específicos dirigidos a los profesionales implicados en dichos cuidados.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en la presente ley.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.- Facultades de desarrollo.

Se autoriza al Consejo de Gobierno para dictar las disposiciones necesarias en desarrollo de la presente ley.

Segunda.- Vigencia.

La presente ley entrará en vigor el uno de enero siguiente a la aprobación de esta ley.