



5.

EL RESULTADO
THE RESULT

A decorative vertical bar on the right side of the page. It features a series of vertical lines of varying lengths, each with a series of colored dots (blue, green, orange, purple) at the top. At the bottom of the bar, there is a small illustration of a goldfish.

El resultado final es una Ley que se compone de 33 artículos distribuidos en 5 Títulos. A ello hay que añadir la Exposición de Motivos y las Disposiciones Adicionales, Transitoria y Finales. En la **TABLA 3** se puede observar la estructura general de la norma.

A solid brown rectangular background that serves as a backdrop for the English text. It is positioned on the right side of the page, overlapping the main white background.

The final result is a Law consisting of 33 articles divided into 5 Titles. To this should be added the Preamble and Additional, Temporary and Final Provisions. **TABLE 3** lays out the general structure of the Law.

TABLA 3: Estructura general de la Ley 2/2010 de la Comunidad Autónoma de Andalucía

LEY 2/2010, DE 8 DE ABRIL, DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE LA MUERTE

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

■ **TÍTULO I: Disposiciones generales**

- Artículo 1. *Objeto.*
- Artículo 2. *Fines.*
- Artículo 3. *Ámbito de aplicación.*
- Artículo 4. *Principios básicos.*
- Artículo 5. *Definiciones.*

■ **TÍTULO II: Derechos de las personas ante el proceso de la muerte**

- Artículo 6. *Derecho a la información asistencial.*
- Artículo 7. *Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.*
- Artículo 8. *Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.*
- Artículo 9. *Derecho a realizar la declaración de voluntad vital anticipada.*
- Artículo 10. *Derechos de las personas en situaciones de incapacidad respecto a la información, la toma de decisiones y el consentimiento informado.*
- Artículo 11. *Derechos de los pacientes menores de edad.*
- Artículo 12. *Derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales y a la elección del domicilio para recibirlos.*
- Artículo 13. *Derecho del paciente al tratamiento del dolor.*
- Artículo 14. *Derecho del paciente a la administración de sedación paliativa.*
- Artículo 15. *Derecho a la intimidad personal y familiar y a la confidencialidad.*
- Artículo 16. *Derecho al acompañamiento.*

TABLE 3: General structure of Law 2/2010 of the Autonomous Community of Andalusia

LAW 2/2010, OF 8 APRIL, ON PERSONAL RIGHTS AND GUARANTEES TO DIE IN DIGNITY

PREAMBLE

■ TITLE I: General provisions

- Article 1. *Purpose.*
- Article 2. *Aims.*
- Article 3. *Scope.*
- Article 4. *Basic principles.*
- Article 5. *Definitions.*

■ TITLE II: Rights of the individual at the end of life

- Article 6. *Right to health information.*
- Article 7. *Right to take decisions and to give informed consent.*
- Article 8. *Right to refuse an intervention or to have an intervention removed.*
- Article 9. *Right to draw up an advance healthcare directive.*
- Article 10. *Rights of incapacitated persons with regard to information, decisions and informed consent.*
- Article 11. *Rights of patients who are minors.*
- Article 12. *The right of patients to receive comprehensive palliative care and to choose a private residence where such care shall be delivered.*
- Article 13. *The right of patients to pain management.*
- Article 14. *The right of patients to receive palliative sedation.*
- Article 15. *Right to personal and family privacy and confidentiality.*
- Article 16. *Right to receive support.*





■ **TÍTULO III: Deberes de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes ante el proceso de muerte.**

- _____ Artículo 17. Deberes respecto a la información clínica.
- _____ Artículo 18. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas.
- _____ Artículo 19. Deberes respecto a la declaración de voluntad vital anticipada.
- _____ Artículo 20. Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.
- _____ Artículo 21. Deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico.

■ **TÍTULO IV: Garantías que proporcionarán los centros e instituciones sanitarias**

- _____ Artículo 22. Garantía de los derechos del paciente.
- _____ Artículo 23. Acompañamiento del paciente.
- _____ Artículo 24. Apoyo a la familia y personas cuidadoras.
- _____ Artículo 25. Asesoramiento en cuidados paliativos.
- _____ Artículo 26. Estancia en habitación individual para personas en situación terminal.
- _____ Artículo 27. Comités de Ética Asistencial.

■ **TÍTULO V: Infracciones y sanciones**

■ **DISPOSICIONES ADICIONALES Y FINALES**

LA EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En la Exposición de Motivos hay muchos elementos importantes, pero quizás el más relevante de todos es la definición de eutanasia. Para afrontar el reto de aclarar el

THE PREAMBLE

The Preamble includes several important elements, although perhaps the most important is the definition of euthanasia. When tackling the challenge of clarifying the meaning

■ TITLE III: Duties of healthcare personnel caring for dying patients.

- Article 17. *Duties with respect to clinical information.*
- Article 18. *Duties regarding clinical decisions.*
- Article 19. *Duties regarding advance healthcare directives.*
- Article 20. *Duties with regard to individuals who may de facto be incapacitated.*
- Article 21. *Duties with regard to the limitation of therapeutic efforts.*

■ TITLE IV: Guarantees to be provided by healthcare institutions

- Article 22. *Guarantee the rights of patients.*
- Article 23. *Patient support.*
- Article 24. *Support for family and carers.*
- Article 25. *Advice on palliative care.*
- Article 26. *Private rooms for terminal patients.*
- Article 27. *Healthcare Ethics Committee.*

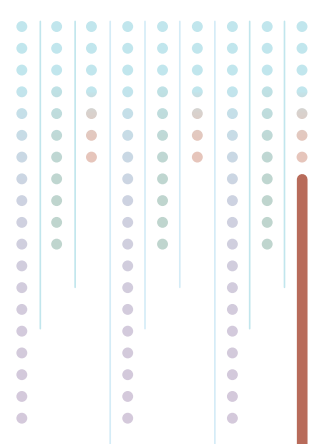
■ TITLE V: : Infringements and penalties

■ ADDITIONAL AND FINAL PROVISIONS

significado de dicho término el Grupo de Trabajo redactor del Anteproyecto utilizó la definición que incluyen las leyes holandesa y belga ³⁹. Luego se señaló que era equivalente a lo que, sin utilizar la palabra “euta-

of this term, the working group in charge of drafting the bill used the definition found in Dutch and Belgian laws ³⁹ going on to say that it was equivalent, without using the word “euthanasia”, to that described in article





nasia”, describe el artículo 143.4 del Código Penal. Toda esta argumentación se incluyó en la “Exposición de motivos” de la Ley, no en el articulado, precisamente porque esta Ley no era una ley de eutanasia y por tanto no era una materia normativa. Tampoco era una ley de “suicidio asistido”, aunque este tema no fue explícitamente abordado. De hecho este término no aparece en ningún momento en la Ley. Fue así porque, entre otras razones, es poco conocido por la sociedad española e introducirlo sólo hubiera producido más ruido.

TÍTULO I

El Título I contiene varios elementos especialmente importantes. El primero es el ámbito de aplicación, recogido en el artículo 3. Según dice este artículo la Ley se aplica a dos tipos de ciudadanos. Unos son las “personas en el proceso de su muerte”, que son las que, según el artículo 5, “se encuentran en situación terminal o de agonía”. Otros son aquellas personas que, independientemente de que estén o no en situación terminal

143.4 of the Penal Code. All these arguments were included in the “preamble” to the Law and not in the enacting terms precisely because this is not a euthanasia law, and therefore does not regulate euthanasia. Neither is it an “assisted suicide” law, although this subject was not explicitly dealt with. In fact, the term does not appear at all in the text of the Law, the main reason being that the concept is relatively unknown in Spanish society, and introducing it in the Law would only have caused greater controversy.

TÍTULO I

Title I contains several particularly important elements, the first being the scope of the Law, explained in article 3. According to this article, the Law applies to two types of individual. One, “the dying”, these being, according to article 5, “individuals who are have a terminal illness or are close to death”. The second are individuals, irrespective of whether or not they are dying or close to death, who are “faced with decisions related to the end of life”. This was important for

o de agonía, “afrenten decisiones relacionadas con ese proceso”. Esto último era importante por dos motivos. Uno porque de no incluirse este último comentario no tendría mucho sentido regular, por ejemplo, las voluntades anticipadas, que con frecuencia son cumplimentadas por personas sanas. Pero es que además, se quedaría fuera de esta Ley el caso de Inmaculada Echevarría. Ella nunca estuvo en “proceso de muerte”, pues su enfermedad era progresiva e irreversible, pero, en el momento en que solicitó la retirada del respirador, no estaba en situación ni terminal ni de agonía. Y hubiera sido paradójico que, además de excluir de la Ley a Ramón Sampederro, cosa inevitable por no incluir la Ley una regulación de la eutanasia o el suicidio asistido por los motivos ya conocidos, la paciente granadina también hubiera quedado al margen de esta Ley.

Un segundo elemento muy importante de este Título I es el artículo 5, que incluye la definición de términos. El Grupo de Trabajo dedicó muchísimo tiempo, mucha atención y cuidado a este artículo, pues los términos en él definidos eran los ladrillos de la Ley. También fue uno de los que sufrió más alegaciones.

two reasons. First, because without including the final comment there would be little sense in regulating, for example, advance health-care directives, which are often drafted by healthy individuals. Moreover, the case of Inmaculada Echevarría would fall outside the scope of this Law. She was never “dying” because although her illness was progressive and irreversible, when she requested mechanical ventilation to be turned off, she was neither dying nor close to death. Furthermore, it would have been paradoxical that, in addition to excluding Ramón Sampederro, which was inevitable because the Law does not regulate euthanasia or assisted suicide for reasons that have already been explained, Inmaculada Echevarría was also beyond the scope of this Law.

The second important element is article 5 of Title I, which gives a definition of terms. The working group devoted much time, care and attention to this article, as the terms defined here were the building blocks of the Law. It was also one of the articles that received most opposition.





TÍTULO II

El Título II expone 11 derechos de los pacientes ante el proceso de la muerte. La expresión “ante” permite incluir tanto a los que ya están en dicho proceso como a los que toman decisiones en relación con él. De los 11 derechos los 6 primeros son aplicaciones de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente al ámbito del final de la vida. Quizás el más desarrollado ha sido, precisamente, el relacionado con el rechazo de tratamiento. La memoria de Inmaculada Echevarría pesó aquí de manera notable. Los otros 5 derechos tienen más que ver con el artículo 20 del Estatuto de Autonomía para Andalucía. Aquí sobresale el artículo que regula el derecho a la sedación paliativa en caso de estar indicada. Se daba así cobertura jurídica clara al Protocolo sobre sedación que la propia Consejería había aprobado en 2005⁴⁰. Pero la memoria del Hospital Severo Ochoa de Leganés (Madrid) también pesó mucho.

Hay que señalar también las novedades que introduce el artículo 9 con respecto a las Voluntades Vitales Anticipadas. Una es

TITLE II

Title II lays out 11 rights of patients confronted with death. The expression “confronted” covers both dying individuals and those who must take decisions for them. Of these 11 rights, the first 6 apply Ley 41/2002, basic patient autonomy, to end-of-life situations. Perhaps the most extensive of these has been precisely the right to refuse treatment. Here, the Inmaculada Echevarría case weighed heavily on the minds of legislators. The other 5 rights have more to do with article 20 of the Statute of Autonomy for Andalusia. Of these, the most important is the article regulating the right to palliative sedation, if this is prescribed. This gives clear legal protection to the sedation protocol approved by the Regional Ministry itself in 2005⁴⁰. However, the memory of the event in the Severo Ochoa Hospital in Leganés (Madrid) was also very present.

It is also important to note the new concepts regarding advance healthcare directives introduced in article 9. One of these is the obligation to include this document in both the individual's clinical history and the National Advance Directive Register. Ano-

la obligatoriedad de que dicho documento se incluya tanto en la historia clínica de la persona como en el Registro Nacional de Instrucciones Previas. Otra es la modificación de las funciones del representante designado en la Voluntad Anticipada. Esta modificación le permite actuar no sólo ya como mero garante de la aplicación de la voluntad anticipada. Tendrá también ahora capacidad para interpretar la voluntad del paciente en las situaciones clínicas no expresamente recogidas en la Declaración de Voluntad Vital. Es decir, se legitima lo que la literatura denomina “juicio sustitutivo”⁴¹.

TÍTULO III

En este Título se recogen 5 deberes de los profesionales. Todos ellos son, lógicamente, esenciales. Pero merece la pena destacar especialmente 3 de ellos.

El primero es el artículo 18, dedicado a los “deberes respecto a la toma de decisiones clínicas”. El párrafo 1 de este artículo analiza con detalle cómo es el proceso de razonamiento médico. Este razonamiento exige

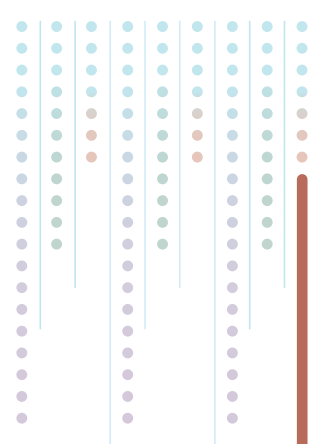
ther concerns the changes made to the functions of the representative appointed in the advance directive. This person now has wider powers than merely ensuring that the advance directive is respected, being able to interpret the wishes of the patient in clinical situations not specifically included in the advance healthcare directive, in other words, giving legitimacy to what in the literature is called “substitute judgement”⁴¹.

TÍTULO III

This Title includes 5 duties incumbent on medical professionals. They are, logically, essential. However, 3 of them have particular relevance.

The first of these is article 18, describing the “rights regarding clinical decisions”. The first paragraph of this article provides a detailed analysis of the physician's reasoning process. This process always consists of two stages. The first consists of the doctor's personal deliberation, carried out either individually or in conference with other medical professionals, on whether the treatment proposed is





siempre dar dos pasos. Primero una deliberación personal del médico, o colectiva con otros profesionales, acerca de la indicación, no indicación o contraindicación de la intervención sanitaria que se está planteando. Una vez establecida la indicación hay que dar el segundo paso: dar información y obtener el consentimiento del paciente. La legitimidad de una intervención médica requiere cumplir ambos requisitos, no sólo el primero de ellos, pero tampoco sólo el segundo. Esto es lo que venía a expresar el principio general 6 del artículo 2 de la Ley 41/2002.

Cuando no hay indicación clínica, el profesional médico no puede instaurar o mantener la intervención. Y ello por mucho que el paciente, su representante o su familia la quieran. Esto es lo que llamamos un escenario de LET. Por otra parte, por muy indicada que esté la intervención a juicio del profesional, si el paciente capaz, o su representante o familia en caso de incapacidad, no la aceptan, no puede realizarse. Esto es lo que llamamos un escenario de rechazo de tratamiento. El caso Inmaculada Echevarría fue un Rechazo de este tipo, como lo es el de la terapia con sangre que hacen los pacientes

indicated, not indicated, or contraindicated. Once the decision has been taken it is time for the second step: to inform the patient and secure their consent. In order to be considered legitimate, medical treatment must comply with both requirements, not only the first, but also not only the second. This is the substance of general principle 6 of article 2 of Law 41/2002.

If there is no clinical indication, the medical professional cannot initiate or maintain the treatment, in spite of the wishes of the patient, their representative or family members. This is what is called an LTE scenario. On the other hand, no matter how necessary the treatment is in the eyes of the medical professional, if a capable patient, or if incapacitated, their representative or family members, does not accept it, it cannot be administered. This is what is called a treatment refusal scenario. The case of Inmaculada Echevarría involved a refusal of this type; another example is the refusal of Jehovah's witnesses to receive blood transfusions. The need to emphasise respect for the patient's wishes and not deliver the treatment surreptitiously is the essence of paragraph 2 of this article.

Testigos de Jehová. La necesidad de insistir en respetar la voluntad del paciente y de no imponer el tratamiento de forma encubierta es lo que está en la base del párrafo 2 del artículo. Como ya se ha dicho este párrafo fue rechazado por el Grupo Parlamentario Popular en la votación, porque consideraba que atentaba contra el derecho al ejercicio de la objeción de conciencia por el profesional sanitario.

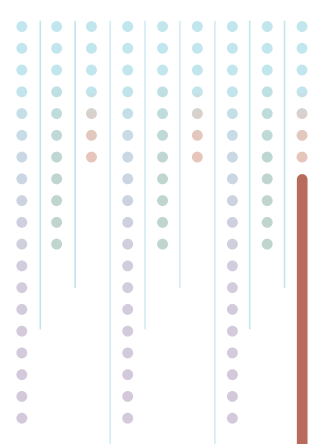
La segunda aportación clave de este Título se encuentra en el artículo 20. Consiste en la inclusión de criterios orientativos sobre la forma en que debe evaluarse la capacidad de hecho de un paciente. Una de las críticas más importantes que los profesionales sanitarios han hecho a la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente es que los artículos 5.3 y 9.3.a les cargaban con la responsabilidad de evaluar la capacidad de hecho de los pacientes pero nos les daban ninguna orientación acerca de cómo hacerlo. Por eso se decidió incorporar aquí un grupo de 5 criterios orientativos. Cuatro de ellos son los más aceptados en la literatura internacional sobre esta materia ⁴². Un quinto criterio, el memorístico, fue

As we have mentioned above, the Popular party group voted against this article because they considered that it violated the medical professional's right to conscientious objection.

The second key element in this Title is found in article 20, which lists guidelines for evaluating the patient's de facto capacity. One of the main criticisms levelled against Law 41/2002, basic patient autonomy, by medical professionals is that articles 5.3 and 9.3.a laid the responsibility of evaluating the de facto capacity of a patient at their doorstep, without furnishing them with criteria on which to base their evaluation. This is why it was decided to incorporate 5 guidelines, 4 of which are the most widely accepted internationally in the literature on this topic ⁴². A fifth guideline, that dealing with memory, was taken from the UK Mental Capacity Act of 2005.

However, what is certainly the most relevant contribution made by this title is the regulation of LTE contained in article 21. The following are the basic notions taken into consideration in the article:





tomado de la Mental Capacity Act de 2005 del Reino Unido.

Pero sin duda la aportación más relevante de este Título es la regulación de la LET incluida en el artículo 21. Las ideas fundamentales que baraja este artículo son las siguientes:

- Cuando se ha llegado a la convicción razonable de que una intervención es fútil, inútil, entonces los profesionales tienen obligación de no iniciarla o retirarla, para evitar así incurrir en una conducta inadecuada, la “obstinación terapéutica”. Es, por tanto, un deber ético y, ahora, también jurídico.
- Dado que el juicio sobre la “futilidad” de una intervención puede llegar a tener un carácter subjetivo importante, con el objeto de evitar posibles abusos al realizarlo, es mejor que se realice conjuntamente, colegiadamente con otras personas, al menos con dos. En la primera versión del Anteproyecto (Tabla 2), estas dos personas eran “un médico” de los que par-

- When medical professionals, having reached the justifiable conclusion that treatment is futile and useless, must not initiate said treatment, or remove it, in order to avoid engaging in inappropriate conduct, or “therapeutic obstinacy”. It is, therefore, an ethical duty. Now, it is also a legal duty.
- Because an opinion on the “futility” of a particular treatment could be extremely subjective, it is better to approach it as a group, with contributions from at least two other colleagues, in order to avoid misinterpretations. In the first version of the draft bill (Table 2), these two people were “a doctor” involved in the patient’s care and another professional who may or may not be a doctor. This led directly to the possibility of the second professional being a member of the nursing staff. However, this created problems, because in the opinion of medical organisations this could constitute an encroachment of competen-

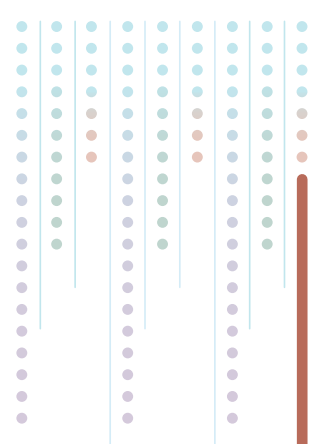
ticipan en la atención del paciente, y otro profesional, que podía ser médico o no. Esto abría directamente la puerta a la posibilidad de que fuera el personal de enfermería este segundo profesional. Pero este planteamiento generó problemas, pues las organizaciones médicas consideraron que eso podía constituir una invasión de competencias, una forma de intrusismo, pues la mayor parte de las veces serían decisiones sobre “tratamientos”. Se optó entonces, en la versión final, por otra fórmula: la obligación de “oír” al personal de enfermería – lo que implica que su opinión no es vinculante- y la obligación de lograr el acuerdo de otro médico o médica del equipo tratante. Es importante insistir en que en ningún momento aparecen el paciente, el representante o la familia en este proceso.

- En la primera versión se incluyó un párrafo, el 3, que en la versión final desapareció (Tabla 2). Este párrafo trataba de regular los más que posibles conflictos entre los profesionales y los

ces, a form of intrusiveness, as most of the decisions would concern “treatment”. On the basis of this, it was decided to use a different approach in the final version: the obligation of “seeking” the opinion of the nursing staff - implying that their opinion is not binding - and the obligation of having the opinion seconded by another doctor on the team. It is important to note here that no mention is made of the patient, their representative or family members in the process.

- The first version included a third paragraph that was later eliminated from the final version (Table 2). The aim of this paragraph was to regulate the likelihood of conflicts arising between medical professionals and patients, their representatives or family members when taking LTE decisions. For this purpose, the working group based their approach on a US law, the *Texas Advance Directive Act* of 1999, also known as the *Texas Futile Care Law*. However,





pacientes, sus representantes o familias, a la hora de tomar decisiones de LET. Para ello el Grupo de Trabajo tomó inicialmente como referencia una Ley norteamericana, la *Texas Advance Directive Act* de 1999, también conocida como *Texas Futile Care Law*. Sin embargo casi todos los informes de alegaciones criticaron este párrafo por considerarlo confuso. Por eso se optó por suprimirlo y, en cambio, trasladar una referencia general del papel que tienen los Comités de Ética Asistencial (CEAs) en los conflictos del final de la vida al propio artículo que regula los CEAs (artículo 27, párrafo 2).

- Por último era especialmente importante dejar claro que, aunque se procediera a la LET, ello no implicaba que desaparecieran los deberes generales de confort y cuidado de los profesionales. Era fundamental que no identificara en ningún momento LET con “abandono” del paciente a su suerte.

En relación con este último punto hubo una cuestión, que aunque fue planteada

nearly all the statements submitted criticised this paragraph for being confusing, and it was decided to eliminate it and include a general reference to the role of healthcare ethics committees (HECs) in end-of-life conflicts in the article regulating HECs (article 27, paragraph 2).

- Finally, it was particularly important to establish that, even in a situation of LTE, the general obligation of medical professionals to ensure their patients are comfortable and cared for remains in force. It was essential to avoid LTE being considered equivalent to “abandoning” the patient to their fate.

An issue arose with regard to this topic, and although it was brought up in some statements received, it was decided not to approach it explicitly: artificial hydration or nutrition. This is an extremely controversial subject both in Spain and the rest of the world^{43, 44}. The two majority views can find arguments in the approved article 21. One group argues that artificial hydration and

en algún informe de alegaciones, se decidió no abordar explícitamente: la hidratación o nutrición artificial. Este es un tema extraordinariamente controvertido a nivel nacional o internacional^{43 44}. Las dos posturas mayoritarias pueden encontrar argumentos en el artículo 21 aprobado. Una defiende que la hidratación y nutrición artificial deber ser consideradas tratamientos y que, por tanto, son susceptibles de LET como cualquier otra intervención cuando se las considera fútiles; es decir, que están en el radio de acción de los párrafos 1 y 2 del artículo 21. La otra defiende lo contrario: la nutrición e hidratación artificial son medidas básicas de cuidado que no son susceptibles de LET; es decir, que vienen exigidas por el párrafo 3 del artículo 21. Aunque fue un tema debatido internamente, el Grupo de Trabajo optó finalmente por no pronunciarse sobre esta materia de manera explícita y directa. De haberlo hecho podría haberse bloqueado la Ley, pues es un tema con unas implicaciones emocionales muy altas y sobre el que no hay acuerdo⁴⁵. Se decidió que es mejor que la propia sociedad y las comunidades científica y bioética evolucionen con el tiempo hasta consensuar fácticamente en el futuro cuál de las dos interpretaciones es la más adecuada.

nutrition should be considered treatment, and when considered futile should be subject to LTE like any other treatment; this means that they are within the scope of actions described in paragraphs 1 and 2 of article 21. The other argues to the contrary: artificial hydration and nutrition are basic care strategies that are not subject to LTE; that means, that they are compulsory under paragraph 3 of article 21. Although this issue was debated within the working group, it was finally decided not to directly and explicitly express an opinion on the matter. To do so could have jeopardised the Law, as this is a highly emotionally charged matter on which there is no consensus⁴⁵. It was decided that the best approach would be to let society itself and scientific and bioethical communities, in time, come to a consensus over which of the two interpretations is correct.





TÍTULO IV

Este Título incluye los compromisos, los deberes que la Administración sanitaria andaluza se autoimpone para garantizar el cumplimiento de la Ley. Es un Título valiente. Mediante él la Administración queda obligada a rendir cuentas ante la ciudadanía. Todos los compromisos son importantes, pensemos por ejemplo en todo lo relativo al acompañamiento y apoyo del paciente y la familia. Pero hay dos que merecen la pena destacarse especialmente.

Uno es el compromiso de facilitar una estancia en habitación individual a las personas en situación individual (Art. 26). Este compromiso fue ampliamente comentado en los medios de comunicación social y se valoró positivamente. Pero siempre se acompañaba de la pregunta acerca de cuántos recursos tendría que destinar la administración para cumplirlo. La respuesta es que, aunque es verdad que en algunos casos puntuales, en algunos centros sanitarios andaluces, puede ser necesario incrementar recursos para cumplirlo, en la mayoría no. Y la razón es que el equipamiento de

TITLE IV

This Title includes the self-imposed commitments and obligations of the Andalusian healthcare authorities to guarantee enforcement of the Law. This is a bold Title as it compels the healthcare authorities to be accountable to the people. All the commitments in it are important; take for example all the provisions relating to receiving support, and the support given to the patient and their family. There are, however, two items that merit particular attention.

One is the commitment to provide dying patients with a private room (article 26). This commitment received wide media attention and was well received, but always pegged to the question of how many resources the administration would have to devote to satisfy it. The answer is that, although in some isolated cases in some Andalusian hospital it might be necessary to provide extra resources to meet the commitment, in the majority this would not be necessary. This is because most Andalusian hospitals have enough rooms and beds to provide these services themselves. All that is needed to meet this re-

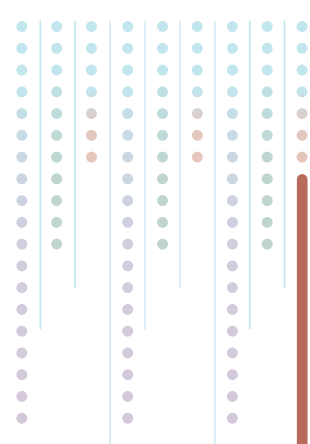
habitaciones y camas de los centros sanitarios andaluces es suficiente en la mayoría de los casos para poder hacerlo por sí mismos. Basta hacer una gestión adecuada de las camas en los ingresos hospitalarios para cumplir esta garantía.

El otro artículo relevante de este Título es el 27, que regula los Comités de Ética Asistencial (CEAs). Aunque Andalucía ya tenía regulación de los Comités de Ética desde 2002, nunca dicha regulación había estado en rango de Ley. Por eso, la inclusión como garantía del cumplimiento de la Ley, de una disposición que obligara a la administración a avanzar en su desarrollo siempre fue visto por todos como necesario. La discrepancia del Grupo Parlamentario Popular, que votó en contra de este artículo, consistía, como ya se ha dicho en que quería una regulación más amplia. Desde el punto de vista práctico era una posición quizás poco realista. En caso de que, en el futuro, se considerara necesario introducir modificaciones en la regulación de algo tan dinámico como son los CEAs, generar dichos cambios sería entonces mucho más costoso que si el grueso de su regulación fuera simplemente reglamen-

quirement is good bed management at the time of admission.

The other relevant article in this Title is number 27, regulating healthcare ethics committees (HECs). Although ethics committees have been regulated in Andalusia since 2002, this regulation has never been raised to the status of a law. For this reason, everyone involved in the project agreed on the necessity to include a provision compelling the administration to further the development such committees in order to guarantee enforcement of the law. The Popular party group, who voted against this article, disagreed on this issue and called for broader regulations. From a purely practical point of view, this position was perhaps somewhat unrealistic. If, in the future, it is deemed necessary to amend the regulation applied to something as dynamic as HECs, implementing such changes would then be much more costly than if the bulk of the regulation was simply a set of rules. Now, in accordance with *Final Provision three* of the Law, this framework has already been implemented ⁴⁶.





tario. Hoy en día, en cumplimiento de la *Disposición final tercera* de la Ley, dicha regulación reglamentaria ya se ha producido ⁴⁶.

TÍTULO V, DISPOSICIONES ADICIONALES Y FINALES

No nos detendremos aquí en el Título V que regula las infracciones y sanciones porque ya lo hemos comentado anteriormente. Pero en las Disposiciones hay dos aspectos que merece la pena resaltar.

Uno es que las Disposiciones Adicionales cargan a la administración con tres obligaciones sobreañadidas a las del Título IV. Una es evaluar la Ley, otra difundirla adecuadamente y por último, muy importante, desarrollar adecuadamente los Cuidados Paliativos en Andalucía.

Otro aspecto importante es la amplia modificación de la regulación general de las Voluntades Vitales Anticipadas, derivada de los cambios que al respecto introducen los artículos 9 y 19 de la Ley. Ello obliga a hacer un nuevo desarrollo reglamentario que

TITLE V, FINAL AND ADDITIONAL PROVISIONS

We will not dwell here on Title V, which regulates infringements and penalties, as this has already been commented above. However, two aspects of the Provisions are worthy of consideration.

One is that the Additional Provisions contain three additional obligations for the administration, over and above those established in Title IV. The first is to evaluate the law; another concerns disseminating it effectively; and last but not least, to effectively implement palliative care in Andalusia.

Another important element is the extent of the amendments made to the general regulation of advance healthcare directives stemming from the changes introduced in this regard in articles 9 and 19 of the Law. This calls for a new regulation to be drawn up to replace most of the existing rules, mainly focussed on regulating the Andalusian Register of Advance Healthcare Directives ⁴⁷. In fact, during their preliminary deliberations the work group considered the possibility of completely overhauling

sustituya ampliamente al anterior, dedicado fundamentalmente a regular el Registro de Voluntades Vitales de Andalucía ⁴⁷. De hecho, en sus primeras deliberaciones el Grupo de Trabajo barajó incluso la posibilidad de renovar completamente dicha regulación incluyéndola toda en esta Ley y derogando la anterior, la citada Ley 5/2003. Pero posteriormente se decidió no plantearlo de esa manera porque añadía excesiva complejidad a un proyecto ya de por sí intrincado.

this regulation, transferring it entirely to this law and repealing the existing Law 5/2003. However, it was later decided to abandon this idea, as it would add further complications to an already complex project.

