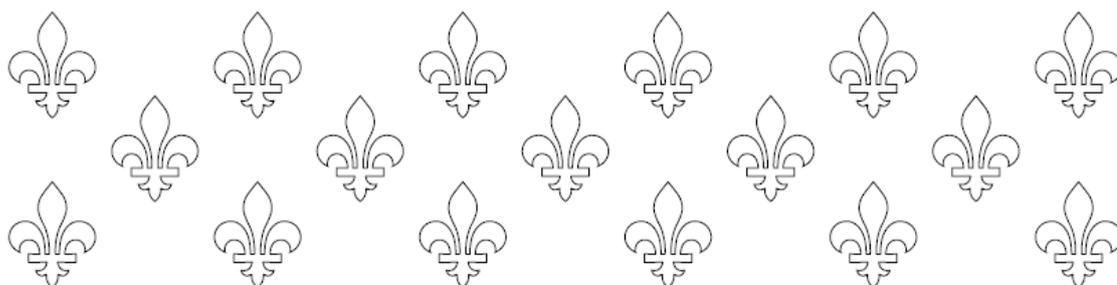


TRADUCCIÓN



ASAMBLEA NACIONAL

PRIMERA SESIÓN

CUADRAGÉSIMO PRIMERA LEGISLATURA

Proyecto de ley n° 52
(2014, Capítulo 2)

Ley sobre los cuidados al final de la vida

Presentada el 22 de mayo de 2014
Adoptada primeramente el 22 de mayo de 2014
Adoptada el 5 de junio de 2014
Sancionada el 10 de junio de 2014

**Editor oficial de Quebec
2014**

NOTAS EXPLICATIVAS

Esta Ley tiene como objetivo asegurar a las personas al final de su vida cuidados respetuosos de su dignidad y de su autonomía, así como el reconocimiento de la primacía de su voluntad, en relación con los cuidados elegidos clara y libremente por la persona.

La Ley precisa los derechos relativos a los cuidados al final de la vida, especialmente respetando el derecho de toda persona, de tener los cuidados de final de la vida que requiera su estado.

La Ley comporta igualmente unas reglas especiales aplicables a los diferentes organismos que dispensan estos cuidados de final de la vida como son instituciones, casas de cuidados paliativos y gabinetes privados de profesionales, a fin de precisar todo lo que rodea y la organización de estos cuidados. Contiene igualmente, disposiciones que prevén las funciones y poderes particulares de los organismos de salud y servicios sociales y del ministro de Sanidad y Servicios Sociales.

La Ley fija las exigencias especiales relativas a ciertos cuidados al final de la vida, como la sedación paliativa continua y la ayuda médica para morir, así como las exigencias que deben ser respetadas antes de que un médico pueda administrar dicha ayuda. La Ley precisa igualmente, las funciones del consejo de médicos, dentistas y farmacéuticos de las distintas instituciones y del Colegio Médico de Quebec, ante estos cuidados.

La Ley instituye la Comisión para los cuidados al final de la vida y su composición y reglas de funcionamiento. Indica que esta comisión tendrá el mandato de examinar toda cuestión relativa a los cuidados al final de la vida y de vigilar la aplicación de las exigencias particulares relativas a la ayuda médica para morir.

Por otra parte, la Ley establece el régimen de médicas anticipadas. Precisa especialmente las exigencias que han de respetarse para que estas directivas tengan valor obligatorio.

Finalmente, la Ley contiene las disposiciones modificatorias, transitorias y finales, necesarias para su puesta en marcha.

LEYES MODIFICADAS POR ESTA LEY:

- Código civil de Quebec;
- Código de procedimiento civil (capítulo M-25);
- Ley médica (capítulo M-9);
- Ley sobre la farmacia (capítulo P-10);
- Ley sobre los servicios médicos y servicios sociales (capítulo S-4.2).

Proyecto de ley n° 52

LEY SOBRE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

EL PARLAMENTO DE QUEBEC DECRETA LO QUE SIGUE:

TÍTULO I

OBJETO DE LA LEY

1. La presente ley tiene por objeto asegurar a las personas al final de la vida, cuidados respetuosos de su dignidad y de su autonomía. A este fin especifica los derechos de dichas personas, así como la organización y el marco de los cuidados al final de la vida, de manera que toda persona tenga acceso, a lo largo de los mismos, a cuidados de calidad adaptados a sus necesidades, especialmente para prevenir y calmar el sufrimiento.

Además, la presente ley reconoce la primacía de las voluntades relativas a los cuidados expresadas clara y libremente por la persona, especialmente por el establecimiento del régimen de directivas médicas anticipadas.

TÍTULO II

CUIDADOS DEL FINAL DE LA VIDA

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

2. Los siguientes principios deben guiar la prestación de los cuidados al final de la vida:

1° el respeto a la persona al final de la vida y el reconocimiento de sus derechos y deben inspirar cada uno de los actos realizados.

2° la persona al final de la vida debe, en todo momento ser tratada con comprensión, compasión, cortesía y equidad, respetando su dignidad, su autonomía, sus necesidades y su seguridad.

3° los miembros del equipo responsable de los cuidados de la persona al final de la vida, deben establecer y mantener con ella una comunicación íntegra y abierta.

3. A fin de la aplicación de la presente Ley, se entiende por:

1° «institución» toda institución objeto de la ley sobre servicios médicos y servicios sociales (capítulo S-4.2) que utilice un centro local de servicios comunitarios, un centro hospitalario o centro de acogida y cuidados de larga duración, igual que el consejo portavoz de la salud y servicios sociales de la Baie-James, instituido en virtud de la ley de servicios de salud y servicios sociales por los portavoces autóctonos. (capítulo S-5);

2° «casa de cuidados paliativos» organismo comunitario titular de reconocimiento acordado por el ministro en virtud del apartado segundo del artículo 457 de la Ley de servicios de salud y servicios sociales, habiéndose concluido un acuerdo en virtud del artículo 108.3 de esta ley, con una institución a fin de lograr, todo o en parte, de los cuidados requeridos por las personas que al final de la vida, utilicen estos servicios;

3° «cuidados al final de la vida» los cuidados paliativos ofrecidos a las persona al final de la vida, así como la ayuda médica para morir.

4° «cuidados paliativos» los cuidados activos y globales dispensados por un equipo interdisciplinar a personas que padecen una enfermedad de pronóstico reservado, con el fin de aliviar el sufrimiento, sin apresurar ni retrasar la muerte, que ayuden a conservar la mejor calidad de vida posible y ofrecer a esas personas y a sus parientes el apoyo necesario;

5° «sedación paliativa continuada» cuidado ofrecido en el marco de cuidados paliativos, consistente en la administración de medicamentos o sustancias adecuadas, a la persona al final de la vida con el fin de aliviar el sufrimiento, dejándola inconsciente, de manera continuada, hasta su fallecimiento;

6° «ayuda médica para morir» cuidado consistente en la administración de medicamentos o sustancias, por un médico a una persona al final de la vida, a petición de la misma, con el fin de aliviar sus padecimientos, que lleva a la muerte.

CAPÍTULO II

DERECHOS DE LA PERSONA RELATIVOS A LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

4. Toda persona que su estado lo requiera, tiene derecho a recibir los cuidados del final de la vida, con reserva de las exigencias particulares previstas por la presente Ley.

Estos cuidados podrán realizarse en instalaciones dependientes de una institución, en los locales de una casa de cuidados paliativos o a domicilio.

Las disposiciones del presente artículo se aplicarán teniendo en cuenta las disposiciones legislativas y reglamentarias relativas a la organización y funcionamiento de las instituciones, orientaciones, políticas y perspectivas de las casas de cuidados paliativos así como de los recursos humanos, materiales y financiero de los que disponen.

Completan las de la ley sobre los servicios de salud y servicios sociales y las de la Ley sobre los servicios de salud y los servicios sociales para los autónomos sobre los derechos de los usuarios o beneficiarios.

5. Salvo disposición contraria de la Ley, toda persona mayor de edad y con capacidad para acceder a los cuidados puede, en todo momento, rechazar un cuidado necesario al mantenimiento de la vida o retirar su consentimiento a ese cuidado.

Conforme a lo dispuesto por el Código Civil, el menor de 14 y en adelante y, para el menor o el mayor incapacitado, la persona autorizada a consentir los cuidados puede igualmente tomar tal decisión.

El rechazo al cuidado o la retirada del consentimiento puede ser comunicado por cualquier medio.

El médico ha de asegurarse del carácter libre de la decisión e informar a la persona con toda la claridad que permita tomar la decisión de forma responsable, informándola especiales de otras posibilidades terapéuticas, como los cuidados paliativos.

6. No se pueden rechazar los cuidados al final de la vida a una persona por el motivo de que anteriormente hubiera rechazado algún cuidado o retirado su consentimiento a cualquier otro cuidado.

CAPÍTULO III **ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA**

SECCIÓN I **REGLAS PARTICULARES DIRIGIDAS A LOS QUE APLIQUEN LOS CUIDADOS DE FINAL DE LA VIDA**

§1. — Instituciones

7. Toda institución ofrece los cuidados al final de la vida y vigila que sean administrados a la persona que los requiere en continuidad o como complemento a los que son o le han sido dispensados.

A este fin, hay que establecer especialmente, medidas que favorezcan la interdisciplinariedad entre los distintos profesionales de la salud o de los servicios sociales que dispensan los servicios a sus usuarios.

8. Toda institución debe adoptar una sobre los cuidados al final de la vida. Esta política debe tener en cuenta las orientaciones ministeriales y divulgarlas entre el personal de la institución, profesionales de la salud y servicios sociales que en ella que en ella ejerzan su profesión, personas que se encuentren al final de la vida y sus allegados.

El director general de la institución debe, informar anualmente al consejo de administración de la aplicación de esta política. El informe debe indicar el número de personas al final de la vida que han recibido cuidados paliativos, el número de sedaciones paliativas continuadas administradas, el número de solicitudes de ayuda médica para morir formuladas, el número de ayudas médicas para morir administradas, así como el número de ayudas médicas para morir que no han sido administradas y los motivos por los que no lo fueron.

El informe debe igualmente indicar, llegado el caso, el número de sedaciones paliativas continuas y de las ayudas médicas para morir, administradas a domicilio o en los locales de una casa de cuidados paliativos por todo médico en el ejercicio de su profesión en una institución.

El informe se publica en la página web en Internet de la institución y transmitido a la Comisión sobre los cuidados del final de la vida instituida en virtud del Art.38, lo más tarde el 30 de junio de cada año. La Institución debe incluir un resumen de este informe en una sección especial de su informe anual de gestión.

9. Toda institución debe prever, en su plan de organización un programa clínico de cuidados al final de la vida. En el caso de una institución que dirija un centro local de servicios comunitarios, dicho plan debe igualmente prever servicios de cuidados de final de la vida a domicilio.

El plan de organización debe tener en cuenta las orientaciones ministeriales.

El programa clínico de cuidados al final de la vida se transmite a la Comisión de cuidados al final de la vida.

10. El código ético adoptado por una institución en virtud del art. 233 de la Ley sobre los servicios de salud y los servicios sociales tendrá en cuenta los derechos de las personas al final de la vida.

11. Cuando una persona al final de la vida requiere de una institución de cuidados paliativos a domicilio, pero que su condición o su entorno no permiten su adecuada aplicación, la institución debe ofrecer la acogida en sus instalaciones o dirigirla a otra institución o casa de cuidados paliativos capaz de responder a sus necesidades.

12. Para el periodo que precede algunos días el fallecimiento de una persona que recibe cuidados de final de la vida, toda institución debe ofrecerle una habitación que ocupe ella solamente.

§2. — *Casas de cuidados paliativos*

13. Las casas de cuidados paliativos determinan los cuidados de final de la vida que ofrecen en sus locales.

Toda casa de cuidados paliativos debe, antes de recibir a la persona, debe indicarle los cuidados finales que ofrece.

14. Una casa de cuidados paliativos así como toda institución deben prever según el acuerdo concluido en virtud del art. 108.3 de la ley de servicios de salud y servicios sociales la naturaleza de los servicios ofrecidos por la institución en los locales de la casa así como los mecanismos de vigilancia que permitan a la institución, o a cualquiera de sus consejos o comités determinado en el acuerdo, asegurar que la calidad de los cuidados aplicados en sus locales.

A petición de la institución, la casa de cuidados paliativos le comunicará toda información necesaria para la aplicación del acuerdo. Las modalidades de comunicación de estas informaciones estarán previstas en el acuerdo.

15. Toda casa de cuidados paliativos tendrá un código ético sobre los derechos de las personas al fin de la vida y adoptará una política sobre los cuidados al final de la vida.

Estos documentos deben ser difundidos entre el personal de la casa, los profesionales de la salud y servicios sociales que en ella ejercen su profesión, las personas que se encuentran al final de la vida y sus allegados.

§3. — *Gabinetes privados de profesionales.*

16. Los cuidados al final de la vida pueden realizarse a domicilio por un médico y, dentro de los límites de su competencia, por un/a enfermero/a que ejerza su profesión en gabinete privado de profesional según el art. 95 de la Ley sobre servicios de salud y servicios sociales.

SECCIÓN II

FUNCIONES PARTICULARES DE LAS AGENCIAS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

17. Toda agencia de la salud y de servicios sociales debe, después de consultar a las instituciones y casas de cuidados paliativos de su territorio, determinar las modalidades generales de acceso a los diferentes cuidados de fin de la vida que dispensan.

18. La agencia debe informar a la población de su territorio de los cuidados de final de la vida que ella ofrece, las modalidades de acceso a estos cuidados, así como de los derechos de las personas al final de la vida y de sus recursos.

Estas informaciones deben ser accesibles, especialmente, por página web en Internet de la agencia.

SECCIÓN III

FUNCIONES Y PODERES PARTICULARES DEL MINISTRO

19. El ministro determina las orientaciones que debe tener en cuenta una institución y una agencia en la organización de los cuidados al final de la vida, comprendidas las que la institución ha de tener en cuenta en la elaboración de la política sobre los cuidados del final de la vida.

20. El ministro puede requerir a las instituciones, casas de cuidados paliativos y otras agencias que le transmitan, de la manera y en los plazos que él indique, el estado, datos estadísticos, informes y otros datos necesarios a fin de permitir el ejercicio de las funciones que le son atribuidas en virtud de la presente Ley, siempre que no sea posible relacionar estas informaciones a una persona que haya recibido cuidados de fin de vida o a un profesional de la salud o de servicios sociales que hayan dispensado estos cuidados.

21. Una persona autorizada por escrito por el ministro a realizar una inspección puede, en todo momento razonable, respetando la especificidad de lugar y necesidades de las personas que reciben cuidados del final de la vida, penetrar en todo lugar explotado por una institución o una casa de cuidados paliativos a fin de constatar si el presente título es respetado.

Esta persona puede, en el momento de una inspección:

1º examinar y sacar copia de todo documento relativo a los cuidados del final de la vida ofrecidos en ese lugar;

2º exigir toda información relativa a la aplicación del título presente así como de todo documento relacionado.

Toda persona que tenga el cuidado, la posesión o el control de tales documentos debe, a la demanda, dar la comunicación que corresponda, a la persona que procede a la inspección.

Una persona que procede a una inspección debe, si se le requiere, exhibir un certificado que testifique su calidad.

Cualquiera que perjudique a una persona que proceda a una inspección, rechaza facilitar una información o un documento al que tenga el derecho de exigir o examinar, esconde o destruye un documento o un bien útil a una inspección comete una infracción y es pasible de una multa de 2.500\$ a 25.000\$ en el caso de una persona física o de una multa de 7.500\$ a 75.000\$ en otros casos.

22. El ministro puede delegar a una agencia de salud y de servicios sociales el poder previsto en el artículo 21.

La agencia informa al ministro de la designación de un inspector y del resultado de su inspección.

23. Una persona autorizada por escrito por el ministro o, en su caso, por una agencia a realizar una inspección no puede ser perseguido por la justicia, por una omisión o un acto realizado de buena fe en el ejercicio de sus funciones.

CAPÍTULO IV

EXIGENCIAS PARTICULARES RELATIVAS A CIERTOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

SECCIÓN I

SEDACIÓN PALIATIVA CONTINUA

24. Antes de expresar su consentimiento a la sedación paliativa terminal, la persona al final de la vida o, en su caso, la persona que puede consentir los cuidados por ella, debe entre otras cosas, estar informada del pronóstico relativo a la enfermedad, del carácter irreversible de este tratamiento y de la duración previsible de la sedación.

El médico debe además, asegurarse del carácter libre del consentimiento, verificando así mismo, que viene de presiones exteriores.

El consentimiento a la sedación continua debe darse por escrito por medio del formulario prescrito por el ministro y ser conservado en el expediente de la persona.

25. Cuando la persona que consiente la sedación continua, no puede fechar ni firmar el formulario señalado en el artículo 24 por no saber escribir o porque es incapaz físicamente, una tercera persona puede hacerlo en presencia de esta persona. Esta tercera persona no puede formar parte del equipo de cuidados responsable de la persona y no puede ser menor de edad ni mayor incapacitado.

SECCIÓN II

AYUDA MÉDICA PARA MORIR

26. Solamente la persona que reúna las siguientes condiciones, puede obtener la ayuda médica para morir:

1º que sea una persona asegurada en el sentido de la Ley sobre el seguro de enfermedad (capítulo A-29);

2º que sea mayor de edad y apta para aceptar los cuidados;

3º que esté al final de la vida;

4º que padezca una enfermedad grave e incurable;

5º que su situación médica se caracteriza por la decadencia avanzada e irreversible de sus capacidades;

6º que soporte sufrimientos físicos o psíquicos constantes, insoportables y que no se puedan calmar en condiciones que juzgue tolerables.

La persona debe, de manera libre e informada, formular por sí misma, la solicitud de ayuda médica para morir, por medio del formulario prescrito por el ministro. Este formulario debe ser fechado y firmado por esta persona.

El formulario será firmado en presencia de un profesional de la salud o de los servicios sociales que lo rubricará y si no es su médico de cabecera, lo entregará a este.

27. Cuando la persona que pide la ayuda médica para morir no puede fechar y firmar el formulario referido en el art.26 por que no sabe escribir o que es incapaz físicamente, una tercera persona puede hacerlo en su presencia. Esta tercera persona no puede formar parte del equipo de cuidados responsable de la persona y no puede ser menor de edad ni mayor incapacitado.

28. La persona puede, en todo momento y por cualquier medio, retirar su demanda de ayuda médica a morir.

Puede igualmente, en todo momento y por cualquier medio, pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda médica a morir.

29. Antes de administrar la ayuda médica para morir, el médico debe:

1º tener claro que la persona reúne todas las condiciones previstas en el art.26, especialmente:

a) asegurándose con ella del carácter lúcido de su demanda, verificando así mismo, que no viene de presiones externas;

b) asegurándose con ella del carácter ilustrado de su demanda, especialmente informándola del pronóstico relativo a la enfermedad, de las posibilidades terapéuticas previsibles y de sus consecuencias;

c) asegurándose de la persistencia de sus padecimientos y de su voluntad reiterada de obtener la ayuda médica para morir, manteniendo con ella entrevistas en distintos

momentos, espaciados por plazos razonables, teniendo en cuenta la evolución de su estado;

d) intercambiar sobre la demanda con los miembros del equipo de los cuidados que estén en contacto regular con ella, si viene al caso;

e) intercambiar sobre la demanda, si ella lo desea;

2º asegurándose de que la persona ha tenido la ocasión de hablar de su petición con las personas que deseaba contactar;

3º obtener la opinión de un segundo médico que confirme el respeto de las condiciones previstas en el art.26.

El médico consultado debe ser independiente, tanto frente a la persona que solicita la ayuda médica para morir, que frente al médico que solicita la opinión.

Deberá conocer el expediente de la persona y la examinará. Dando su opinión por escrito.

30. Si el médico concluye, en respuesta a la aplicación del art.29, que puede administrar la ayuda médica para morir a la persona que la demanda, debe administrarla él mismo y acompañarla hasta después del fallecimiento.

Si el médico concluye, no obstante, que no puede administrar la ayuda médica para morir, debe informar a la persona de los motivos de su decisión.

31. Todo médico que ejerza su profesión en un centro dependiente de una institución y que rechaza una petición de ayuda médica para morir por un motivo no fundado en el art.29, debe lo antes posible, comunicarlo al director general de la institución o cualquier otra persona que él designe y, en su caso, entregarle el formulario de demanda de ayuda médica para morir, que se le había entregado. El director general de la institución o la persona que haya designado, deberá hacer las gestiones necesarias para encontrar, lo antes posible, un médico que acepte tratar la demanda conforme al art.29.

Si el médico al que se dirija la demanda ejerce su profesión en un gabinete privado de profesional y que no dispense la ayuda médica para morir, debe, lo antes posible, al director general de la instancia local señalado en el art.99.4 de la Ley sobre servicios de salud y servicios sociales, que rigen en el territorio o avisar a la persona que esté designada. El médico le transmitirá, en su caso, el formulario que se le había remitido y las gestiones señaladas en el primer apartado serán, entonces, emprendidas.

En el caso en que ninguna instancia local ejerza en el territorio, en el que esté situada la residencia de la persona, la opinión/formulario mencionados en el segundo apartado se

transmitirá al director general de la institución que dirija un centro local de servicios comunitarios de este territorio o a la persona que haya designado.

32. Deberá ser inscrito o agregada al expediente de la persona toda información o documento relacionado con la demanda de ayuda médica para morir, que el médico la administre o no, especialmente el formulario de demanda de ayuda médica para morir, los motivos de la decisión del médico y en su caso, la opinión del médico consultado.

Deberá, igualmente, ser inscrito en el expediente de la persona su decisión de retirar su demanda de ayuda médica para morir o de aplazar su administración.

SECCIÓN III

FUNCIONES PARTICULARES DEL CONSEJO DE MÉDICOS, DENTISTAS Y FARMACEÚTICOS

33. El consejo de médicos, dentistas y farmacéuticos constituido por una institución debe, en colaboración con el consejo de enfermeras y enfermeros de la institución, adoptar protocolos clínicos aplicables a la sedación paliativa terminal y a la ayuda médica a morir. Los protocolos deben respetar las normas clínicas elaboradas por los colegios profesionales concernidos.

34. El médico que practique una sedación paliativa terminal o la ayuda médica para morir como médico ejerciendo su profesión en un centro regido por una institución debe, dentro de los 10 días de su administración, informar al consejo de médicos, dentistas y farmacéuticos del que es miembro, que este cuidado se realiza en las instalaciones de una institución, en los locales de una casa de cuidados paliativos o a domicilio.

El consejo de médicos, dentistas y farmacéuticos o su comité competente evaluará la calidad de los cuidados realizados, especialmente teniendo en cuenta los protocolos clínicos aplicables.

35. En el caso en el que ningún consejo de médicos, dentistas y farmacéuticos esté instituido por la institución, el jefe de servicio médico o el médico responsable de los cuidados médicos de la institución, según el caso, asume las funciones confiadas al consejo por la presente sección, y el médico informa conforme al primer apartado del art.34.

SECCIÓN IV

FUNCIONES PARTICULARES DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE QUEBEC

36. El médico que ejerza su profesión en un gabinete privado de profesional que practique la sedación paliativa terminal o la ayuda médica a morir a domicilio o en los locales de una casa de cuidados paliativos debe, dentro de los 10 días de su

administración, informar al Colegio de médicos de Quebec y transmitirle , según las condiciones y modalidades prescritas por el Colegio, la información que el determine.

El Colegio o su comité competente evalúan la calidad de los cuidados practicados, especialmente respecto de las normas clínicas aplicables.

37. El Colegio de médicos de Quebec debe, anualmente, preparar un informe sobre los cuidados de final de la vida dispensados por estos médicos a domicilio o en locales de una casa de cuidados paliativos. Los informes deben ser presentados por territorio de la red local de servicios de salud y de servicios sociales y por territorio de agencia de salud y de servicios sociales.

El informe será publicado en la página web en Internet del Colegio y transmitido a la Comisión sobre los cuidados del final de la vida lo más tarde el 30 de junio de cada año.

CAPÍTULO V

COMISIÓN RELATIVA A LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

SECCIÓN I

INSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN

38. Se instituye la Comisión sobre los cuidados al final de la vida.

39. La Comisión estará compuesta por 11 miembros nombrados por el gobierno, los cuales se reparten como sigue:

1º cinco miembros serán profesionales de la salud o de servicios sociales, de los que:

- a) dos miembros son nombrados previa consulta al Colegio de médicos de Quebec;
- b) un miembro es nombrado previa consulta del Colegio de enfermeras y enfermeros de Quebec;
- c) un miembro es nombrado previa consulta del Colegio de farmacéuticos de Quebec;
- d) un miembro es nombrado previa consulta del Colegio profesional de trabajadores sociales y terapeutas conyugales y familiares de Quebec;

2º dos miembros serán juristas, nombrados previa consulta del Colegio de abogados de Quebec y del Colegio notarial de Quebec;

3º dos miembros serán usuarios de una institución, nombrados previa consulta de los organismos representantes de los comités de usuarios de las instituciones;

4° un miembro será procedente del círculo de la ética, nombrado previa consulta de las instituciones de enseñanza universitaria;

5° un miembro será nombrado previa consulta de organismos que representen las instituciones.

Cuando se procede a los nombramientos señalados en el párrafo 1° del primer apartado, el gobierno ha de asegurarse de que al menos un miembro procede del círculo de cuidados paliativos.

Los miembros de la Comisión serán nombrados para un mandato máximo de cinco años. Su mandato no podrá ser renovado que una vez consecutiva. A la expiración de su mandato, los miembros seguirán en función hasta que sean reemplazados o nombrados de nuevo.

El gobierno designa, entre los miembros, un presidente y un vicepresidente. Este último es llamado a asegurar la presidencia de la Comisión en caso de ausencia o impedimento del presidente.

El gobierno fija las asignaciones e indemnizaciones de los miembros de la Comisión.

40. La Comisión puede establecer todo reglamento concerniente su administración interna.

41. El quorum a las reuniones de la Comisión es de siete miembros, de los cuales el presidente o el vicepresidente.

Bajo reserva del segundo apartado del art.47, las decisiones de la Comisión serán tomadas por mayoría de los votos de los miembros presentes. En caso de empate de votos, la persona que ostenta la presidencia dispone de un voto de calidad.

SECCIÓN II

MANDATO DE LA COMISIÓN

42. La Comisión tiene el mandato de examinar toda cuestión relativa a los cuidados del final de la vida. A este fin, debe especialmente:

1° dar su opinión al ministro sobre toda cuestión que le sea sometida;

2° evaluar la aplicación de la ley sobre los cuidados al final de la vida;

3° someter al ministro toda cuestión relativa a estos cuidados, que necesiten la atención o acción del gobierno y someterle sus recomendaciones;

4º someter al ministro, cada cinco años, un informe sobre la situación de los cuidados al final de la vida en Quebec;

5º efectuar cualquier otro mandato que el ministro le confíe.

La Comisión tiene, igualmente, el mandato de vigilar, conforme a la presente sección, la aplicación de las exigencias particulares relativas a la ayuda médica para morir.

La Comisión transmite al ministro, lo más tarde el 30 de septiembre de cada año, un informe anual de sus actividades.

43. El ministro entregará los informes realizados por la Comisión ante la Asamblea nacional dentro de los 30 días siguientes a su recepción o, si ella no se reúne, dentro de los 30 días de la reanudación de su actividad. La comisión competente de la Asamblea nacional estudia estos informes.

44. En el ejercicio de las funciones que le son atribuidas en el primer apartado del art.42, la Comisión puede especialmente, de manera excepcional:

1º solicitar la opinión de personas y de grupos sobre cualquier cuestión relativa a los cuidados al final de la vida;

2º efectuar o hacer efectuar los estudios e investigaciones que juzgue necesarios;

3º recurrir a expertos externos a fin de tener un informe, sobre uno o diversos puntos precisos que determine;

45. La Comisión puede exigir de instituciones, casas de cuidados paliativos, de médicos que ejerzan su profesión en un gabinete privado de profesional o de agencias que le transmitan, de la manera y en el plazo que ella indique, los estados, datos estadísticos, informes y toda información necesaria a fin de permitirle ejercer las funciones previstas en el primer apartado del art.42, siempre que no sea posible conectar estas informaciones a una persona que haya recibido cuidados del final de la vida o al profesional de la salud o servicios sociales que los haya practicado.

46. El médico que administra la ayuda médica para morir a una persona, deberá dentro de los 10 días siguientes, comunicar a la Comisión y transmitirle, según el modo determinado por reglamento gubernamental, los datos previstos en dicho reglamento. Estos datos son confidenciales y no pueden ser comunicados a nadie, salvo en la medida que fuesen necesarios para la aplicación del presente artículo y del art.47.

Cualquiera que constate que un médico contraviene el presente artículo está obligado de señalar la falta al Colegio de médicos de Quebec para que este tome las medidas apropiadas.

47. A la recepción de la opinión del médico, la Comisión verifica si se ha respetado el art.29 conforme al procedimiento previsto por el reglamento gubernamental.

Al término de esta verificación, cuando, al menos los dos tercios de los miembros presentes de la comisión estimen que el art.2 no ha sido respetado, la Comisión transmitirá un resumen de sus conclusiones al Colegio de médicos de Quebec y, cuando el médico que ha realizado la ayuda médica para morir, como médico que ejerce su profesión en un centro regido por una institución, a la institución correspondiente para que se tomen las medidas apropiadas.

CAPÍTULO VI

DISPOSICIONES DIVERSAS

48. La denuncia que toda persona puede formular sobre los cuidados del final de la vida ante el comisario local o el comisario regional para denuncias y calidad de servicios, conforme a las reglas previstas en las secciones I a III del capítulo III del título II de la Ley sobre los servicios de salud y servicios sociales, debe ser tratada con prioridad. Igualmente una denuncia formulada respecto a cuidados del final de la vida ante el representante del Colegio de médicos de Quebec.

49. La decisión tomada por una persona o, en su caso, por la persona que puede consentir a los cuidados y que consiste en rechazar el recibir un cuidado necesario para mantenerla en vida o a retirar su consentimiento a tal cuidado, igualmente que la de recurrir a la sedación paliativa terminal o a la ayuda médica a morir, no puede invocarse para rechazar el pagar una prestación o cualquier otra suma debida en materia contractual.

50. Un médico podrá rechazar la administración de la ayuda médica a morir en razón de sus convicciones personales y un profesional sanitario puede rechazar de participar por el mismo motivo.

Tal médico o tal profesional debe al menos asegurarse de la continuidad de los cuidados ofrecidos a la persona, conforme a lo previsto en su código deontológico y a la voluntad de la persona.

El médico debe respetar, entre otros, el procedimiento previsto en el art.31.

TÍTULO III

DIRECTIVAS MÉDICAS ANTICIPADAS

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

51. Toda persona mayor de edad y apta para dar su consentimiento a los cuidados puede, por medio de directivas médicas anticipadas, indicar si consiente o no, a los cuidados médicos que podrían requerir su estado de salud en el caso que quedara inapta para consentir dichos cuidados. Obstante, no puede por medio de estas directivas, formular una demanda de ayuda médica para morir.

52. Las directivas médicas anticipadas se harán por acta notarial autenticada o ante testigos por medio del formulario prescrito por el ministro.

A petición del autor de las directivas, estas serán entregadas al registro de directivas médicas anticipadas según el art.63.

53. Cuando las directivas médicas anticipadas se hagan ante testigos, el formulario lo rellenará la misma persona.

La persona declara entonces, en presencia de dos testigos, que se trata de sus directivas médicas anticipadas, pero sin que tenga que divulgar el contenido.

Ella fecha y firma el formulario o, si ya lo hubiera firmado, reconocerá su firma. Los testigos firman el formulario, entonces, en presencia de la persona.

Una persona mayor de edad pero incapacitada o un menor de edad, no pueden actuar como tercera persona o testigo.

54. Las directivas médicas anticipadas podrán ser revocadas en todo momento por su autor por medio del formulario prescrito por el ministro.

No pueden, no obstante, ser modificadas más que por la redacción de nuevas directivas, según una de las formas previstas en el primer apartado del art.52. Estas nuevas directivas rempazan las redactadas anteriormente.

A pesar de lo que precede, en caso de urgencia, cuando una persona apta, expresa verbalmente voluntades diferentes a las que aparecen en sus directivas médicas anticipadas, este hecho lleva a su revocación.

55. Cuándo las directivas médicas anticipadas se entregan a un profesional de la salud, este las deposita en el expediente de la persona en cuestión, si no están no están en él. Si estas directivas le son entregadas por su autor y que él es apto para aceptar los cuidados, el profesional de la salud se asegura previamente, que son conformes a su voluntad.

56. El médico que constate un cambio significativo en el estado de salud de un persona apta para consentir a los cuidados debe, si hubiere en su expediente directivas médicas anticipadas, verificar con ella si la voluntad expresada en estas directivas corresponden, efectivamente, a su voluntad.

57. El médico que constate la ineptitud de una persona para consentir a los cuidados, consultará el registro de directivas médicas anticipadas relativo a esta persona y si estuvieran en él, las agregaría al expediente de la enferma.

58. Cuando una persona no es apta para consentir los cuidados, las voluntades relativas a ellos claramente expresadas en las directivas médicas anticipadas que se entregaron al registro de directivas médicas anticipadas o al expediente de la persona tienen, ante los profesionales de la salud que tengan acceso a este registro o a este expediente, el mismo valor que las voluntades expresadas por una persona apta para consentir los cuidados.

59. El autor de directivas médicas anticipadas al que se presupone que ha obtenido la información necesaria para permitirle tomar una decisión informada en el momento de firmarla.

60. En caso de rechazo categórico de una persona incapacitada para consentir los cuidados, a recibir los cuidados que previamente había consentido en las directivas médicas anticipadas, el art.16 del Código civil, que prescribe la autorización del tribunal, se aplica.

61. El tribunal puede, a la demanda del mandatario, del tutor, del curador o cualquier persona que demuestre un interés particular por el autor de las directivas médicas anticipadas, ordenar el respeto de las voluntades relativas a los cuidados expresadas en estas directivas.

Puede igualmente, a la demanda de una persona así, de un médico o de una institución, invalidar todo o en parte de las directivas médicas anticipadas si hay motivos razonables para creer que el autor de tales directivas no era apto para consentir a los cuidados en el momento de su firma o que estas directivas no corresponden a la voluntad del autor en la situación dada.

Puede igualmente proponer cualquier ordenanza que estime apropiada en tales circunstancias.

62. Las voluntades relativas a los cuidados expresados en un mandato dado en previsión de la incapacidad de una persona no constituyen directivas médicas anticipadas en el sentido de la presente ley y permanecen reguladas por los artículos 2166 y siguientes del Código civil.

En caso de conflicto entre estas voluntades y las expresadas en las directivas médicas anticipadas, prevalecen estas últimas.

CAPÍTULO II

REGISTRO DE DIRECTIVAS MÉDICAS ANTICIPADAS

63. El ministro establece y mantiene un registro de directivas médicas anticipadas.

El ministro puede asumir el mismo la gestión del registro o confiársela a un organismo sujeto a la Ley sobre la protección de datos personales (capítulo A-2.1). El ministro concierta un convenio escrito con este gestor.

64. El ministro, prescribe, por reglamento, las modalidades de acceso al registro así como sus modalidades de funcionamiento. Estas modalidades deben especialmente prever las personas que puedan entregar directivas médicas anticipadas en el registro y las que podrán consultarlas.

TÍTULO IV

DISPOSICIONES MODIFICATIVAS, TRANSITORIAS Y FINALES

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES MODIFICATIVAS

CÓDIGO CIVIL DE QUEBEC

65. El artículo 11 del Código civil de Quebec se modifica:

1º por el añadido, al final del primer párrafo, de la frase siguiente: «Salvo disposición contraria de la ley, el consentimiento no está sujeto a ninguna forma particular y podrá ser revocado en todo momento, incluso verbalmente»;

2º por la inserción en el segundo párrafo y después de «cuidados», de «y que no ha redactado directivas médicas anticipadas en aplicación de la Ley sobre los cuidados al final de la vida (2014, capítulo 2) y por las que se expresa tal consentimiento o tal rechazo».

66. El artículo 12 de este código se modifica por la sustitución, en el primer párrafo, de «teniendo en cuenta, en la medida de lo posible, de» por «respetando, en la medida de lo posible, los».

67. El artículo 15 de este código se modifica por la inserción, después de «constatada» de «y en ausencia de directivas médicas anticipadas».

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL

68. El artículo 776 del Código de procedimiento civil (capítulo C-25) se modifica por la adición, al final del primer párrafo, la frase siguiente: «igualmente, para toda petición,

señalada en el artículo 61 de la Ley sobre los cuidados de final de la vida (2014, capítulo 2) sobre la aplicación de directivas médicas anticipadas. ».

LEY MÉDICA

69. El artículo 31 de la Ley médica (capítulo M-9) se modifica:

1º por la sustitución del primer párrafo por el siguiente:

« **31.** El ejercicio de la medicina consiste en evaluar y diagnosticar toda deficiencia en la salud del ser humano en interacción con su entorno, en prevenir y tratar las enfermedades con el fin de mantener la salud, de restablecerla o de ofrecer el alivio apropiado de los síntomas.»;

2º por la inclusión, al final del párrafo segundo, del apartado siguiente:

« 12º Administrar el medicamento o la sustancia que permita a la persona al final de la vida, obtener la ayuda médica para morir en el marco de la aplicación de la Ley sobre los cuidados al final de la vida (2014, capítulo 2). ».

LEY SOBRE LA FARMACIA

70. El artículo 17 de la Ley sobre la farmacia (capítulo P-10), modificado por el artículo 2 del capítulo 37 de las leyes de 2011, es nuevamente modificada por la sustitución, en el primer apartado, de «a fin de mantener o restablecer la salud» por «a fin de mantener la salud, de restablecerla o de ofrecer el alivio apropiado a los síntomas».

LEY SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

71. El artículo 19 de la Ley sobre los servicios de salud y servicios sociales (capítulo S-4.2) el añadido, después del párrafo 13º, siguiente:

«14º En el caso en el que la información es comunicada por la aplicación relativa a los cuidados del final de la vida (2014, capítulo 2). ».

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y FINALES

72. A pesar del artículo 7, una institución que, el (indicar aquí la fecha de la entrada en vigor del artículo 7), dirige un centro hospitalario de cuidados generales y especializados y que, entre los cuidados que se ofrecen en el marco de la misión de ese centro, no ofrece más que cuidados paliativos puede continuar a ofrecer solamente tales cuidados.

Dicha institución debe, antes de recibir una persona, indicarle los cuidados del final de la vida que ofrece.

73. Hasta que (*indicar aquí la fecha que sigue dos años a la de entrada en vigor del artículo 8*), el director general de una institución transmite al consejo de administración de la institución el informe previsto al segundo apartado del art.8 cada seis meses. La institución lo transmite, lo antes posible, a la Comisión sobre los cuidados al final de la vida y lo publica en su página web en Internet.

Hasta esta fecha, el Colegio de médicos de Quebec debe igualmente transmitir el informe previsto en el artículo 37 cada diez meses a la Comisión sobre los cuidados al final de la vida.

74. Las instituciones y las casas de cuidados paliativos tienen hasta el (*indicar aquí la fecha que sigue a la de entrada en vigor del artículo 14*) para modificar el acuerdo que concluyeron en aplicación del art.108.3 de la Ley sobre los servicios sociales (capítulo S-4.2) a fin de rendirla conforme a las disposiciones del artículo 14.

75. A pesar del párrafo 4° del primer apartado del art.42, la Comisión sobre los cuidados del final de la vida debe transmitir su primer informe sobre la situación de los cuidados del final de la vida lo más tarde el (*indicar aquí la fecha que sigue los tres años la entrada en vigor del artículo 42*).

76. El ministro deberá, lo más tarde el (*indicar aquí la fecha que sigue los cuatro años de la entrada en vigor del presente artículo*) informar al gobierno sobre la puesta en obra de la presente ley y, cada cinco años, informar igualmente al gobierno sobre la aplicación de la misma.

Este informe es depositado por el ministro dentro de los 30 días seguidos a la Asamblea nacional, o si esta no se reúne, en los 30 días de la reanudación de su trabajo. La comisión competente de la Asamblea nacional estudia el informe.

77. El ministro de la Salud y de los Servicios Sociales es responsable de la aplicación de la presente ley.

78. Excepto las disposiciones del segundo apartado del artículo 52, del artículo 57, del artículo 58 en la medida en que conciernen el registro de las directivas médicas anticipadas y las de los artículos 63 y 6, que entraran en vigor a la fecha o fechas determinadas por el gobierno, las disposiciones de la presente ley entrarán en vigor lo más tarde el 10 de diciembre de 2015, o a cualquier fecha anterior fijada por el gobierno.