

INICIATIVA QUE REFORMA Y ADICIONA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL, EN MATERIA DE MUERTE DIGNA SIN DOLOR, A CARGO DEL DIPUTADO SALOMÓN CHERTORIVSKI WOLDENBERG, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MOVIMIENTO CIUDADANO, DEL DIPUTADO EMMANUEL REYES CARMONA DEL GRUPO PARLAMENTARIO DE MORENA Y DE LA DIPUTADA FRINNÉ AZUARA YARZÁBAL DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL.

Los que suscriben, diputado Salomón Chertorivski Woldenberg, del Grupo Parlamentario de Movimiento Ciudadano, diputado Emmanuel Reyes Carmona del Grupo Parlamentario de Movimiento de Regeneración Nacional y diputada Frinné Azuara Yarzabal del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, con fundamento en los artículos 71, fracción II, y 78, fracción III, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en ejercicio de la facultad que confieren los artículos 6, numeral 1, fracción I, así como el 77, numeral 1, y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, presentamos a consideración de esta honorable asamblea la siguiente iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud y el Código Penal Federal en materia de muerte digna sin dolor, conforme a la siguiente:

Exposición de motivos

La salud es definida como un estado de completo bienestar físico, mental, así como social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹. El goce del grado máximo de salud no representa una mera aspiración, sino que implica un derecho fundamental consagrado en nuestra Constitución y en el derecho internacional de los derechos humanos sin distinción de raza, religión, ideologías, condición económica o

social. Por esto, la salud tiene una importancia vital para todos los seres humanos, ya que una persona con mala salud no puede llevar una vida plena y en muchas ocasiones, ello implica la imposibilidad de ejercer muchos otros derechos.

Dicho lo anterior, la protección de la salud es reconocida como un derecho humano en los documentos de derecho internacional sobre derechos humanos y constitucionales de diversos países, por lo que su destinatario es todo ser humano y no admite distinciones. Así lo reconoce la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 25.1 que determina la salud como un componente en el que:

“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, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”².

Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en su artículo 12 dispone “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”³, lo que significa alcanzar el bienestar físico, mental y social en la mejor situación. Por tanto, el Estado debe establecer los mecanismos para que los seres humanos alcancen dicho nivel de satisfacción. Desde el 3 de febrero de 1983, en México, este derecho fundamental se encuentra consagrado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que menciona que: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”⁴.

Desde entonces, y debido a múltiples factores, la población mexicana a lo largo de las últimas décadas ha logrado mejorar su nivel y calidad de vida. Esto se refleja en la disminución de las tasas de mortalidad y natalidad, así como en el aumento de la

esperanza de vida¹. Sin embargo, el incremento de esta última debe estar acompañada de políticas públicas que –entre otras cosas- aseguren el acceso a los servicios de salud, debido a que “la vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse sólo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas”⁵. Dicho de otra manera, que una población viva más años aumenta los riesgos de la misma de sufrir alguna enfermedad que complique su salud, principalmente las de carácter crónico degenerativas o no transmisibles.

La detección temprana de este tipo de enfermedades aumenta significativamente las probabilidades de cura. Pese a esto, existen padecimientos que avanzan rápidamente y aunque se detectan con tiempo, la posibilidad de cura es ínfima y las consecuencias causadas para la persona suelen provocar dolores insoportables y permanentes en el tiempo. Ello implica que los pacientes en esta situación, son diagnosticados como enfermos en situación terminal debido a que su expectativa de vida es relativamente corta a causa de una enfermedad que no responde a los tratamientos curativos.

Por ende, la atención médica que reciben se centra en mitigar el dolor. Estos servicios médicos reciben el nombre de cuidados paliativos, que constituyen un “enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales”⁶. Estos incluyen la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor, así como otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Los cuidados paliativos deben englobar una visión integral porque la enfermedad se vuelve incontrolable y aparecen múltiples síntomas somáticos, deterioro progresivo asociado

¹De acuerdo con datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) a principios de la década de los ochenta, en México la esperanza de vida al nacer era 69 años para las mujeres y 62 años para los hombres. Actualmente, es de 78 para las mujeres y 72 para los hombres. Mientras que las estimaciones indican que para el año 2050, se elevarán a 82 y 77 años, respectivamente.

a cambios emocionales propios a la pérdida de funciones y roles que afectan tanto a pacientes como a familiares.

De acuerdo con un estudio de la Universidad de Guadalajara⁷, en México hay aproximadamente 600 mil personas que año con año requieren atención paliativa pero solo el 3 por ciento (aproximadamente 18 mil) acceden a ellos. Aunado a ello, durante la pandemia del COVID-19 se evidenció la necesidad de los servicios paliativos, tanto en el consuelo a los familiares de personas fallecidas a causa de dicho virus, como en el proceso curativo y de tratamiento de las personas que contrajeron la enfermedad, misma que obligó a los hospitales a tener especialistas que dieran seguimiento con video llamadas, hicieran sedaciones paliativas, controlaran el dolor o simplemente se vieran en la difícil necesidad de ser portadores de malas noticias a los familiares.

El progreso médico hace posible curar enfermedades hasta hace pocos años intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación, que logran prolongar la vida de una persona, retrasan el momento de la muerte. Esto provoca que, con frecuencia, se ignore la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata.

Bajo estos preceptos, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa mediante la resolución 779⁸ declaró que "prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento". Por lo que, la obligación de respetar y proteger la dignidad del paciente deriva de la inviolabilidad de su dignidad humana en todas las etapas de la vida, incluyendo el otorgamiento de un medio adecuado que le permita morir con dignidad.

Dentro del ordenamiento jurídico mexicano, la carta magna en su artículo 1º establece que:

“Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha sostenido que la dignidad humana funge como un principio jurídico que permea en todo el ordenamiento. Pero, también se trata de un derecho fundamental que debe ser respetado en todo caso dado que su importancia resalta al ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Así, la dignidad humana se ubica no sólo como una declaración ética, sino que se trata de una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de la persona. Por lo que se establece en el mandato constitucional que todas las autoridades, e incluso particulares, deben respetar y proteger la dignidad de todo individuo, entendida como “como el interés inherente a toda persona, por el mero hecho de serlo, a ser tratada como tal y no como un objeto, a no ser humillada, degradada, envilecida o cosificada”⁹.

En esta misma línea, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH)¹⁰ ha señalado que:

“Una de las obligaciones que ineludiblemente debe asumir el Estado en su posición de garante, con el objetivo de proteger y garantizar el derecho a la vida, es la de generar condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad de la persona humana y a no producir condiciones que la dificulten o impidan. En este sentido, el Estado tiene el deber de adoptar medidas positivas, concretas y orientadas a la satisfacción del derecho a una vida digna, en especial cuando

se trata de personas en situación de vulnerabilidad y riesgo, cuya atención se vuelve prioritaria”.

Con base en ello, cobra sentido cuestionar qué sucede cuando los pacientes en situación terminal se ven obligados a vivir, aún cuando la condición de su enfermedad no les permite hacerlo con dignidad. Considerando, además, que el artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹¹ estipula que:

“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.”

El libre desarrollo de la personalidad es entendida como “el reconocimiento que el Estado hace de la facultad natural de toda persona a ser individualmente como quiere ser, sin coacción, ni controles injustificados o impedimentos por parte de los demás”¹². A fin de proteger y garantizar ambos preceptos, dignidad y libre desarrollo de la personalidad, es conveniente defender la autonomía del individuo en un ámbito tan íntimo y personal como la propia muerte. Desde la perspectiva legal, la muerte digna en una situación terminal o crítica puede definirse “como la muerte que, deseada por una persona, se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos adecuados, así como con todos los consuelos humanos posibles”¹³. Es decir, es el hecho y derecho a finalizar la vida voluntariamente sin sufrimiento, propio o ajeno, cuando la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad mortal.

A nivel internacional, la regulación sobre muerte digna, eutanasia y cuidados paliativos ha incrementado en lo que va del siglo. Aunque es un tema que ha generado

polémica, los organismos internacionales y de derechos humanos, no han sido indiferentes a esta discusión que cada vez se da con mayor intensidad. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), ha aportado al desarrollo del tema, por el indivisible vínculo que existe entre la muerte digna y el derecho a la protección de la salud. Al respecto, ha manifestado que “los proveedores de asistencia sanitaria deben evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social”¹⁴ del paciente en situación terminal.

Para preservar este derecho existen tres modalidades claramente identificadas, y definidas, como:

1. Voluntad anticipada¹⁵: Documento legal a través del cual una persona expresa el conjunto de preferencias que tiene respecto del cuidado futuro de su salud, de su cuerpo y de su vida. Esta se realiza cuando se tiene pleno uso de facultades mentales, en anticipación a la posibilidad de que en algún momento futuro se encuentre incapacitada para expresar esas preferencias y tomar decisiones por sí misma.
2. Eutanasia¹⁶: Definida como el acto médico de terminar intencionalmente con la vida de un paciente en situación terminal, bajo la voluntad del mismo paciente, debido a que el sufrimiento se hace insostenible.
3. Suicidio medicamente asistido¹⁷: Es la asistencia que otorga el personal médico a un paciente, en respuesta a su solicitud, proporcionándole los medios para suicidarse, y es el paciente quien realiza la acción que causa la muerte.

En México, la voluntad anticipada es legal, bajo ese nombre, en Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán, Tlaxcala y la Ciudad de México. En esta última, se encuentra estipulado dentro del capítulo XXIX de la Ley de Salud de

la Ciudad de México, que la define como “el derecho a decidir aceptar o no, tratamientos y procedimientos médicos en caso de tener diagnóstico de una enfermedad en etapa avanzada o terminal”¹⁵.

Por su parte a nivel nacional, aunque no se establece con el nombre de voluntad anticipada, la Ley General de Salud prevé en su artículo 166 bis 4 que:

“Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad”.

En cambio, cualquier tipo de intervención médica para provocar la muerte con voluntad previa del paciente no está permitida, ya que el artículo el artículo 166 Bis 21 de la Ley General de Salud establece que:

“Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley. En tal caso se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables”.

Además, su práctica es considerada un delito tipificado dentro del Código Penal Federal, ya que su artículo 312 estipula que:

“El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años”.

Mientras que el artículo 313 del Código Penal Federal establece que:

“Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.”

Dicha legislación contraviene el derecho a una vida libre y autónoma, ya que impide a los pacientes, mayores de edad, en situación terminal ejercer su autonomía impidiendo la toma de una decisión libre e informada sobre la manera en que pueden terminar su vida, en caso de sufrir una enfermedad incurable.

Derivado del precepto acerca de que el derecho a una vida digna debe garantizar el derecho de los individuos a ejercer sus decisiones de manera libre, incluso en la manera en que deciden morir, algunos países han legalizado e instrumentado regulación al respecto. A continuación, algunos ejemplos de ello¹⁸:

País	Requisitos
<p>Países Bajos (2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La eutanasia debe realizarse por un médico - El médico debe consultar a un segundo médico independiente que verifique que el paciente cumple con los requerimientos - Requiere de una solicitud voluntaria, largamente considerada, informada, consistente en el tiempo. De preferencia escrita o documentada de otra manera - Contempla eutanasia y suicidio médicamente asistido - Requiere del sufrimiento insoportable de la persona que lo solicita sin posibilidades de superación de esa situación - Es aplicable a menores de edad (12 a 17 años) con el consentimiento de sus padres - Se puede aplicar a recién nacidos bajo circunstancia específicas - Las personas con deterioro cognitivo pueden acceder a eutanasia, siempre y cuando hayan dejado una directriz anticipada previa - Debe ser llevada a cabo por un profesional responsable del paciente, que se mantenga en contacto y disponible para éste hasta que fallezca

	<ul style="list-style-type: none"> - El profesional debe idealmente tener una relación terapéutica establecida con el paciente - El médico debe dejar por escrito que el paciente rechazó todas las alternativas sobre cuidados - El médico debe reportar la muerte al comité sobre eutanasia
Bélgica (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - La solicitud debe ser voluntaria, considerada, repetida y escrita. - El paciente debe estar en una situación de dolor mental y físico insuperable, resultado de una enfermedad incurable - El médico que lleve a cabo el procedimiento debe consultar un colega independiente si los criterios regulados están siendo cumplidos - No incluye el suicidio asistido - En la mayoría de los casos se realiza por un médico de hospital. - Desde el 2014, contempla menores de edad con el consentimiento de sus padres. Esto excluye menores de edad con alteraciones de conciencia, discapacidad intelectual, niños pequeños y neonatos. - La persona puede solicitar el procedimiento a través de una directriz anticipada, realizada de forma escrita en frente de 2 testigos
Colombia (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de eutanasia: “acto o la práctica de matar o permitir la muerte por causas naturales por razones de compasión, es decir, para liberar a una persona de una enfermedad incurable, un sufrimiento intolerable o una muerte indigna” - Dirigida a enfermos mayores de 18 años en fase terminal que expresen su consentimiento para la aplicación del procedimiento que garantice su derecho a morir con dignidad o lo hayan expresado previo a la instauración de dicha condición - Proceso de evaluación a cargo de una Comisión: <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluación del estado cognitivo 2) Evaluación de competencias para tomar decisión de tratamiento 3) Acompañamiento integral (lista de chequeo sobre el proceso: declaración de pronóstico, identificación como “enfermedad terminal”,

	<p>opciones ante el diagnóstico, acceso a cuidados paliativos, asesoría permanente</p> <p>Condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pronóstico cierto 2) Libertad de elección 3) Evaluación depresión
Canadá (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Ser elegible para recibir servicios de salud financiados por el gobierno federal o de un territorio - Tener al menos 18 años de edad y no estar incapacitado mentalmente, para tomar decisiones por uno mismo - Estar afectado por un problema de salud grave e irremediable - Presentar una solicitud oficial de asistencia médica para morir que no sea el resultado de presión o influencias externas - Dar consentimiento fehaciente para acceder al servicio - Tener una enfermedad grave considerada incurable o una discapacidad permanente en casi todo el cuerpo - Vivir un estado de declive físico avanzado que no se puede revertir - Experimentar un sufrimiento físico o mental insoportable causado por una enfermedad, discapacidad o una disminución que afecta a la capacidad de poder recibir alivio al dolor en condiciones aceptables.
España (2021)	<ul style="list-style-type: none"> - Ser mayor de edad - Ser capaz y consciente en el momento de la solicitud y actuar sin presiones externas. - Disponer por escrito de la información sobre su proceso, las alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos. - Formular por escrito dos solicitudes de eutanasia con un intervalo de al menos 15 días. - Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposible, con un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable certificado por el médico responsable.

Como se observa, las regulaciones son distintas en sus alcances, pero preservan la idea fundamental de garantizar la libertad de las personas a ejercer decisiones libres, preservando su autonomía y privilegiando su dignidad. La práctica de estos procedimientos médicos supone entre el 1 y el 4 por ciento del total de fallecimientos anuales en estos países¹⁹, lo que muestra que no se trata de una práctica generalizada, pero sí debe estar contemplada en la ley para aquellas personas que así lo decidan.

En México, de acuerdo a una encuesta realizada por la asociación civil *Por el Derecho a Morir con Dignidad*²⁰, 70 por ciento de los encuestados estaría de acuerdo en que se legisle para que existan reglas que permitan a las personas decidir sobre su propia muerte cuando sufran una enfermedad incurable y se encuentren en situación terminal. Más allá de las creencias y opiniones, es un hecho que la población en nuestro país está envejeciendo y la transición epidemiológica nos indica que la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles continuará creciendo en las próximas décadas.

Es por ello que legislar en esta ruta generaría los mecanismos para que los ciudadanos tengan elementos que les permitan tomar decisiones libres, incluso en la última etapa de la vida. Lo que debe realizarse bajo la existencia de un marco legal que contemple la autonomía de las personas para elegir cómo terminar su vida, en caso de sufrir un padecimiento incurable o terminal.

En la propuesta que se presenta se contemplan tres hipótesis en las que un paciente en situación crítica o terminal puede optar por una muerte digna sin dolor y son las siguientes:

- El paciente tiene una enfermedad terminal,
- El paciente sufre una enfermedad o lesión permanente e intensamente dolorosa, o
- El paciente está en agonía.

La propuesta incluye definiciones para cada una de estas hipótesis. Importa destacar que se considera no sólo aquellos pacientes con una enfermedad terminal o que estén en agonía, sino que comprende aquellos pacientes que sufren de una enfermedad o lesión que, sin producir la muerte inmediata, les causa un dolor físico o sufrimiento emocional intenso, continuo o crónico, que los limita el ejercicio de una vida libre y autónoma.

Lo anterior en el entendido que “los pacientes en situación terminal son más propensos a sufrir depresión, ansiedad, delirio, estrés y otras enfermedades mentales”²¹ que no necesariamente causan sufrimiento físico, pero sí psicológico o emocional. Por lo que, el concepto de sufrimiento intenso se extiende a todas las limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria del paciente. De tal manera que no le permite valerse por sí mismo, existiendo seguridad o gran probabilidad de que dichas limitaciones persistirán en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

Atendiendo a ello, dadas las características de vulnerabilidad y sufrimiento de los pacientes, los instrumentos que se utilicen para permitir una muerte digna sin dolor, basada en la decisión individual del paciente, deben contemplar aspectos psicológicos y estar diseñados de manera sencilla, efectiva, con corta duración, fácilmente comprensibles, rápidos de administrar y no causar una carga administrativa que imposibilite u obstruya el ejercicio del derecho a una vida digna, libre y autónoma .

Por lo expuesto, someto a consideración de esta honorable soberanía la presente iniciativa con proyecto de **Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y el Código Penal Federal, en materia de muerte digna sin dolor.**

Artículo Primero.- Se **reforman** la fracción XXVII Bis del artículo 3, el artículo 75 Ter, la fracción I, II, III y IV del artículo 166 Bis, del primer párrafo del artículo 166 Bis 2, el artículo 166 Bis 4, el artículo 166 Bis 5, el artículo 166 Bis 6, el artículo Bis 7, el artículo 166 Bis 8, el artículo 166 Bis 9, el artículo 166 Bis 10, el artículo 166 Bis 11, el artículo 166 Bis 12, las fracciones I, II, III, IV, V, VI, VI del artículo 166 Bis 13, las fracciones I, II, IV, V, VII, VIII, IX, X del artículo 166 Bis 15, el artículo 166 Bis 16, el artículo 166 Bis 17, el artículo 166 Bis 18, el artículo 166 Bis 19, el artículo 166 Bis 20 y el artículo 166 Bis 21, y se **adicionan** el Título Octavo Bis De los Cuidados Paliativos y la Muerte digna sin dolor a los pacientes en situación terminal, la fracción I, III, IV, VI y IX del artículo 166 Bis 1, un primer y segundo párrafo al artículo 166 Bis 2, las fracciones I,II, III, IV, V, VI, VII,VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV y XV, un último párrafo al artículo 166 Bis 6, un último parrado al artículo 166 Bis 8, las fracciones VII y VIII de la Ley General de Salud para quedar como sigue:

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

XXVII Bis. El tratamiento integral **de los Cuidados Paliativos y la Muerte Digna sin Dolor**, y

XXVIII.

Artículo 75 Ter.- En previsión de requerir en el futuro servicios de atención médica, las personas tienen derecho a elaborar su voluntad anticipada en la que podrán determinar el tipo de acciones que desean sean tomadas para su tratamiento, o su negativa a recibir un tratamiento, **o a una muerte digna sin dolor. Dicha voluntad deberá ser registrada en el Registro Nacional de Cuidados Paliativos y Muerte Digna sin Dolor, o podrá ser expresada por escrito ante dos testigos en los términos de esta Ley, su Reglamento y las Normas Oficiales Mexicanas**

aplicables. La persona podrá revocar o modificar en cualquier momento el contenido de la voluntad anticipada previamente adoptada.

TITULO OCTAVO BIS

De los Cuidados Paliativos y la **Muerte digna sin dolor** a los pacientes en situación crítica o terminal

Artículo 166 Bis. El presente título tiene por objeto:

I. Salvaguardar la dignidad de los **pacientes** en situación crítica o terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;

II. Garantizar una muerte digna sin dolor **a los pacientes en situación crítica o terminal;**

III. Establecer y garantizar los derechos del paciente en situación crítica o terminal, **con relación a su tratamiento, a cuidados paliativos o a las condiciones para morir dignamente sin dolor.**

IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo, **el paliativo y las condiciones para morir dignamente sin dolor;**

V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y

VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del paciente en situación crítica o terminal y la obstinación terapéutica.

Artículo 166 Bis 1: Para los efectos de este Título, se entenderá por:

I. Paciente en situación crítica o terminal: A todo enfermo que padece a) una enfermedad terminal, b) sufre una enfermedad o lesión permanente e intensamente dolorosa, c) está en agonía.

II. Enfermedad terminal: A todo padecimiento reconocido como irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado, y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea **inferior** a 6 meses;

III. Enfermedad o lesión permanente e intensamente dolorosa. Condición de una persona que, sin producir la muerte inmediata, le genera dolor físico o sufrimiento emocional intenso, continuo o crónico, que limita el ejercicio de una vida libre y autónoma y que no responde a los tratamientos curativos disponibles al alcance del paciente;

IV. Agonía. Estado que precede a la muerte que se produce de forma gradual en el que existe deterioro físico, debilidad extrema, pérdida de capacidad cognoscitiva, consciencia o capacidad de ingesta con pronóstico de vida de 2 a 3 días.

V. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;

VI. Cuidados Paliativos. Conjunto de cuidados que buscan aliviar los síntomas de aquellas enfermedades que no responden satisfactoriamente a un tratamiento curativo. Incluye el control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales basados en las necesidades del paciente;

VII. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida **de un paciente en situación crítica o terminal.**

VIII. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios.

VIII. Medios ordinarios. Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, una carga grave o desproporcionada respecto de los beneficios que se pueden obtener;

IX. Muerte digna sin dolor. La decisión libre e informada del paciente en situación crítica o terminal, en cualquiera de hipótesis señaladas en la fracción I de este artículo, de concluir con su vida mediante un procedimiento médico donde se induce activamente la muerte de forma anticipada para minimizar el dolor o sufrimiento, o el riesgo de dolor o sufrimiento. Esta decisión puede realizarse mediante la voluntad anticipada o durante el tratamiento ante el personal médico en los términos de esta Ley;

X. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación crítica o terminal, **En su caso, el paciente contará** con asistencia física, psicológica y/o espiritual; y

XI. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físicos y emocional producto de una enfermedad, destinadas a mejorar la calidad de vida

Artículo 166 Bis 2. Corresponde al Sistema Nacional de Salud garantizar el pleno, libre e informado ejercicio de los derechos que señalan esta Ley y demás ordenamientos aplicables, a los **pacientes** en situación crítica o terminal.

La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas necesarias para su ejercicio y establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, administrativas y las demás que resulten competentes.

Artículo 166 Bis 3. Los **pacientes en situación crítica o terminal** tienen los siguientes derechos:

I. Recibir atención médica integral y, en su caso, ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;

II. Tomar de manera libre e informada, con asistencia del médico tratante y en su caso, los familiares o persona de confianza, las decisiones relativas a su tratamiento, ingreso o permanencia en las instituciones de salud, el uso de cuidados paliativos, muerte natural o muerte digna sin dolor;

III. Modificar, en cualquier momento y sin responsabilidad para el médico tratante, las decisiones a que se refiere el inciso anterior;

IV. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad con las disposiciones aplicables;

V. Recibir un trato respetuoso y profesional que garantice su dignidad y le ofrezca calidad de vida;

VI. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones, efectos y pronóstico de su enfermedad, así como de las opciones y efectos de los tratamientos disponibles;

VII. Decidir la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;

VIII. Recibir medicamentos que mitiguen el dolor, así como los cuidados paliativos que correspondan;

IX. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento médico;

X. Recibir, cuando así lo solicite en los términos de esta Ley, asistencia médica para terminar su vida con dignidad sin dolor;

XI. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;

XII. Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación;

XIII. Solicitar una segunda opinión médica;

XIV. Valorar, junto con el médico tratante, sus familiares o persona de confianza, la aplicación de una muerte digna sin dolor, comparando con otros tipos de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comportan, los gastos asociados y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;

XV. A recibir, cuando lo solicite, servicios espirituales o tanatológicos. En caso de imposibilidad podrán solicitarlos su familia, representante legal o persona de su confianza; y

XVI. Los demás que las leyes señalen.

Artículo 166 Bis 4. La Secretaría de Salud establecerá, mediante una plataforma digital en línea, el Registro Nacional de Cuidados Paliativos y la Muerte digna sin dolor.

Cualquier persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, previa identificación razonable y suficiente de su personalidad, podrá en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de encontrarse en situación crítica o terminal.

Las personas podrán también dar su consentimiento previo para tener una muerte digna sin dolor.

El Registro deberá ofrecer a las personas información amplia y suficiente sobre las opciones e implicaciones de sus decisiones para asegurar que el consentimiento previo esté debidamente informado. Asimismo, ofrecerá formatos sencillos en lenguaje adecuado que faciliten la expresión de la voluntad.

En el caso de que una persona no tenga acceso al Registro, podrá manifestar su voluntad anticipada por escrito antes dos testigos.

Las personas podrán modificar o revocar los términos de su voluntad en cualquier momento.

La manifestación de la voluntad deberá cumplir con los requisitos que establezca la presente Ley, su Reglamento y las Normas Oficiales Mexicanas aplicables. En ningún caso se requerirá la intervención de notarios.

Artículo 166 Bis 5. **El paciente en situación crítica o terminal**, que sea mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo **u optar por una muerte digna sin dolor**, en la forma y términos previstos en esta Ley, su Reglamento y las Normas Oficiales Mexicanas aplicables.

Artículo 166 Bis 6. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar **la situación crítica o terminal del paciente**, y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente.

En este caso, el médico tratante en el padecimiento del paciente interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en situación terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

En caso de que el paciente en situación crítica o terminal elija la muerte digna sin dolor, el médico deberá suministrar los medicamentos que induzcan activamente la muerte de forma anticipada para minimizar el dolor o sufrimiento, o el riesgo de dolor y sufrimiento.

Artículo 166 Bis 7. El **paciente** en situación **crítica o** terminal y que esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar recibir nuevamente el tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.

Artículo 166 Bis 8. Si el **paciente** en situación crítica o terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título, serán asumidos por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 9. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnóstica **la situación crítica o terminal del paciente**, por el médico **tratante**.

Artículo 166 Bis 10. Los familiares del **paciente** en situación crítica o terminal, tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el **paciente** en los términos de este título.

Artículo 166 Bis 11. En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del **paciente** en **situación crítica o terminal** para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico **tratante**.

Artículo 166 Bis 12. Todos los documentos a que se refiere este título se registrarán de acuerdo a lo que se establezca en el reglamento, **las normas oficiales mexicanas** y demás disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 13. Las Instituciones del Sistema Nacional de Salud:

I. Ofrecerán el servicio para la atención debida a los **pacientes en situación crítica o terminal**.

II. Proporcionarán los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al **paciente en situación crítica** o terminal y/o sus familiares o persona de confianza en el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular;

III. De igual manera, en el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular, la Secretaría pondrá en operación una línea telefónica de acceso gratuito para que se le oriente, asesore y dé seguimiento al **paciente** en situación **crítica o terminal** o a sus familiares o persona de su confianza;

IV. Proporcionarán los cuidados paliativos correspondientes al tipo y grado de enfermedad, desde el momento del diagnóstico hasta el último momento;

V. Fomentarán la creación de áreas especializadas que presten atención a los **pacientes** en situación **crítica o terminal**;

VI. Garantizarán la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de cuidados paliativos y atención a **pacientes** en situación crítica o terminal.

VII. Ofrecerán los servicios necesarios para tener una muerte digna sin dolor a los **pacientes** que tomen esta opción, en los términos y condiciones establecidos en esta Ley, su reglamento y las normas oficiales mexicanas aplicables; y

VIII. Deberán contar con personal médico no objetor de conciencia para tratar a los **pacientes** que hayan optado por una muerte digna sin dolor.

Artículo 166 Bis 15. Los médicos tratantes en las instituciones de segundo y tercer nivel, tendrán las siguientes obligaciones:

I. Proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que el **paciente** en situación crítica o terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados;

II. Solicitar al paciente, sus familiares o persona de confianza la constancia del Registro Nacional de Cuidados Paliativos y Muerte digna sin dolor, ~~o en su caso, pedir~~ el consentimiento informado del paciente en situación crítica o terminal por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de su situación, e integrarlo al expediente médico.

III. Informar oportunamente al **paciente** en situación crítica o terminal, cuando el tratamiento curativo no dé resultados;

IV. Respetar la decisión del **paciente en situación crítica o terminal** en cuanto al tratamiento curativo, los cuidados paliativos o la muerte digna sin dolor, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión;

...

VII. Procurar las medidas mínimas necesarias para preservar la calidad de vida de los **pacientes en situación crítica** o terminal;

VIII. Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala esta ley, **incluyendo la muerte digna sin dolor**;

IX. Hacer saber al **paciente**, de inmediato y antes de su aplicación, si el tratamiento a seguir para aliviar el dolor y los síntomas de su enfermedad tenga como posibles efectos secundarios disminuir el tiempo de vida;

X. Solicitar una segunda opinión a otro médico especialista, cuando su diagnóstico sea una **situación crítica o terminal**;

XI. Las demás que le señalen ésta y otras leyes.

Artículo 166 Bis 16. Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un **paciente en situación crítica o terminal**, aun cuando con ello se pierda estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren dichos fármacos paliativos con el objeto de aliviar el dolor del paciente.

Podrán hacer uso, de ser necesario de acuerdo con lo estipulado en la presente Ley, de analgésicos del grupo de los opioides.

Artículo 166 Bis 17. Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementaran medios extraordinarios al **paciente en situación crítica o terminal**, sin su consentimiento.

Artículo 166 Bis 18. Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del **paciente en situación crítica o terminal**, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica ni medios extraordinarios.

Artículo 166 Bis 19. El personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los **pacientes en situación crítica o terminal**, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.

Artículo 166 Bis 20. El personal médico que, por decisión propia, deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del **paciente en situación crítica o terminal**, o en caso que esté impedido para expresar su voluntad, el de su familia o persona de confianza, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.

Artículo 166 Bis 21. Los médicos tratantes podrán inducir activamente y sin responsabilidad, la muerte anticipada para los pacientes en situación crítica o terminal, que hayan expresado su consentimiento para tener una muerte digna sin dolor, en los términos de esta Ley, su Reglamento y las Normas Oficiales Mexicanas aplicables.

Artículo Segundo. – Se adiciona un primer y segundo párrafo al artículo 312 del Código Penal Federal para quedar como sigue:

Artículo 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

Este artículo no aplicará para las hipótesis y condiciones de muerte digna sin dolor previstas en la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables en la materia.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

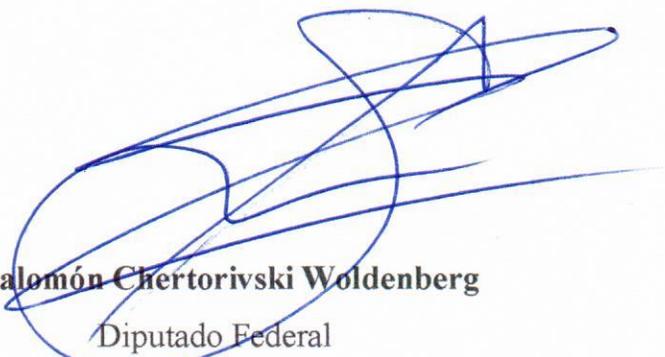
Artículo Primero.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Artículo Segundo.- Dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación 2023 y subsecuentes se deberá de asignar el presupuesto necesario para el cumplimiento de lo referido en el presente Decreto.

Artículo Tercero.- La Secretaría de Salud del Gobierno Federal deberá de emitir en un plazo no mayor a 180 días naturales después de la entrada en vigor del presente Decreto las Normas Oficiales Mexicanas relativas al mismo.

Dado en el Palacio Legislativo de San Lázaro, 10 de noviembre de 2022.

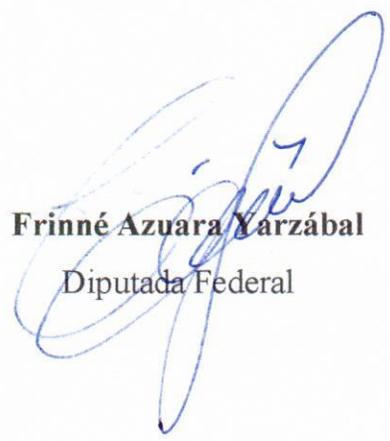
Suscriben



Salomón Chertorivski Woldenberg
Diputado Federal



Emmanuel Reyes Carmona
Diputado Federal



Frinné Azuara Yarzabal
Diputada Federal

Notas

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
2. Organización de las Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/spanish>
3. Organización de las Naciones Unidas. (16 de diciembre de 1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. (4 de octubre de 2021). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados Paliativos. Recuperado de <https://cutt.ly/rCmw7IC>
7. Universidad de Guadalajara. (7 de octubre de 2021). En México sólo 3 por ciento de pacientes cuenta con atención paliativa al dolor. Recuperado de <https://udg.mx/es/noticia/en-mexico-solo-3-por-ciento-de-pacientes-cuenta-con-atencion-paliativa-al-dolor>
8. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. (25 de junio de 1999). Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Recuperado de <https://www.aeu.es/UserFiles/ConsejoEuropaDignidadEnfermosTerminales.pdf>

9. Suprema Corte de Justicia de la Nación. (Tesis del 26 de agosto de 2016). Jurisprudencia (Constitucional) sobre Dignidad Humana. Recuperado de <https://sjf.scjn.gob.mx/SJFSem/Paginas/Reportes/ReporteDE.aspx?idius=2012363&Tipo=1>
10. Corte Interamericana de Derechos Humanos. (Sentencia del 17 de junio de 2005). Caso Comunidad indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf
11. Organización de las Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/spanish>
12. Corte Constitucional de Colombia. (Sentencia del 15 de diciembre de 1993). Derecho al Libre Desarrollo De La Personalidad. Recuperado de <https://cutt.ly/YCmakA6>
13. Macía Gómez, R. (octubre 2008). El concepto legal de muerte digna. Recuperado de <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2008-concepto-legal-muerte-digna.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Definición de cuidados paliativos. Recupero de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/>
15. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (21 de marzo de 2013). ¿Qué es la voluntad anticipada? Recuperado de <https://cutt.ly/YCQcJtp>
16. Vega, J. Eutanasia: concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal. Recuperado de https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf
17. Royes, A. La eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Recuperado de

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220323A/15407>

18. Ley de Salud de la Ciudad de México. Recuperado de https://paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2021/LEY_SALUD_CDMX_09-08-2021.pdf

18. Carrasco, V y Crispi, F. (Revista Hospital Clínico Universidad de Chile). Recuperado de <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Eutanasia-activa-una-mirada-a-la-situaci%C3%B3n-internacional.pdf>

19. El País. (18 de marzo de 2021). “España aprueba la ley de eutanasia y se convierte en el quinto país del mundo en regularla”. Recuperado de <https://cutt.ly/wCmdgsv>

20. Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C. (2016). Encuesta Nacional sobre muerte digna. Recuperado de <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2017/09/dmd-encuesta3.pdf>

21. Benítez, M., Cabrejas, A., Fernández, R., y Pérez, M. (julio 2002). Cuidados paliativos. Complicaciones psiquiátricas, neurológicas y cutáneas en el paciente con enfermedad en fase terminal. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuidados-paliativos-complicaciones-psiquiatricas-neurologicas-13035254>